



NOBIS SALUS

MODELLO NS.2024-2026.001 - EDIZIONE GENNAIO 2026

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER SPESE MEDICHE DA MALATTIA E INFORTUNIO, DIARIA DA RICOVERO E CONVALESCENZA, GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI, I.P.M.

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

- a) Dip Danni;
 - b) Dip Aggiuntivo;
 - c) Glossario;
 - d) Condizioni di assicurazione;
- che devono essere consegnati al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale

CONTATTI UTILI

ASSISTENZA H24 - 7 GIORNI SU 7

NUMERO VERDE dall'Italia
800.894149

NUMERO dall'estero
+39.039.9890722

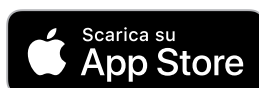
SCARICA NOBIS CON TE, PER PORTARE LA TUA ASSICURAZIONE SEMPRE CON TE!

NOBIS CON TE è l'app dedicata ai clienti
danni di Nobis Assicurazioni che permette
di avere a portata di mano:

- ✓ tutte le polizze sottoscritte con la documentazione contrattuale
- ✓ i dati dell'intermediario sempre a disposizione
- ✓ uno spazio semplice per gestire i sinistri
- ✓ assistenza in tempo reale, 24 ore al giorno



SCARICA NOBIS CON TE GRATUITAMENTE E ACCEDI CON IL TUO NUMERO DI POLIZZA.



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione Infortuni alla Persona

Compagnia: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Nobis Salus

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è registrata in Italia ed autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20 ottobre 1993 (Gazzetta Ufficiale del 03 novembre 1993 n. 258). È iscritta alla Sez. I, al n. 1.00115, dell'Albo delle Imprese IVASS e ne è soggetta a controllo.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite nel seguente documento:

- Set informativo

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

La presente polizza indennizza all'Assicurato un importo in caso di **Morte per Infortunio, Invalidità permanente da infortunio, Inabilità temporanea da infortunio, Diaria di ricovero da Infortunio, Diaria da convallescenza da infortunio, Diaria da gessatura da infortunio, Rimborso spese sanitarie da infortunio, Rimborso spese sanitarie Danno Estetico, Perdita anno scolastico, Diaria da Ricovero da infortuni e malattia oppure Diaria da Ricovero da infortuni e malattia, diaria da Convallescenza da infortunio e malattia, diaria da gessatura da infortunio, Grande intervento chirurgico e l'Invalidità permanente da malattia**. Il tutto è completato da una gamma di prestazioni di **Assistenza medica**.



CHE COSA È ASSICURATO?

CAPITOLO 1 – GARANZIA INFORTUNI (GARANZIA OPERANTE A CONDIZIONE CHE SIA RICHIAMATA SULLA SCHEDA DI POLIZZA E SIA STATO CORRISPONTO IL RELATIVO PREMIO)

La presente copertura assicurativa è operante, con i massimali prescelti risultanti nella Scheda di polizza, per gli infortuni patiti dall'Assicurato nell'ambito dell'attività professionale e/o delle attività legate alla vita privata, compresi quelli derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi o subiti in stato o in conseguenza di maleore, vertigini o incoscienza.

Sono considerati infortuni: l'asfissia, purché non dipendente da malattia; gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze o inalazioni accidentali di sostanze tossiche; l'annegamento; l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore; le infezioni causate da morsi d'animali o punture d'insetti (con esclusione delle infezioni malariche e le malattie tropicali, nonché le conseguenze delle punture di zecca); le ulteriori lesioni derivanti da interventi chirurgici o trattamenti resi necessari da infortunio; la rottura sottocutanea del tendine d'Achille, del tendine del muscolo bicipite brachiale o di un altro tendine della cuffia dei rotatori, del tendine del quadricipite femorale, nei limiti di quanto riportato nell'apposita tabella per l'accertamento dell'invalidità permanente; gli strappi muscolari e le ernie muscolari derivanti da sforzo.

La copertura è altresì valida per gli infortuni: Derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva; Subiti come conducente o come trasportato di qualsiasi veicolo o natante a motore, compresi motocicli di qualsiasi cilindrata, i monopattini e le biciclette con o senza pedalata assistita; Derivanti dalla pratica di qualsiasi sport non avente carattere di attività sportiva professionale; Subiti in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento (rischio volo).

A parziale deroga dell'esclusione di cui all'art. 23 lettera c) delle Condizioni di Assicurazione, sono coperti gli infortuni derivanti da guerra anche civile, insurrezione, occupazione militare, invasione, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra, dell'insurrezione, dell'invasione o dell'occupazione militare, se l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso da tali eventi mentre si trova all'estero.

Resta convenuto che, per gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, la somma delle garanzie previste da questa estensione e da eventuali analoghe estensioni contemplate da altre assicurazioni infortuni da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati non potrà superare per ciascuna persona i capitali di: euro 750.000,00 per il caso di Morte ed euro 750.000,00 per il caso di Invalidità Permanente. Complessivamente per aeromobile i capitali di euro 2.000.000,00 per il caso di Morte ed euro 2.000.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

Morte (garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)

L'Impresa, al verificarsi di un infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini la Morte dell'Assicurato, o nel caso in cui il corpo dell'Assicurato stesso non venga ritrovato e se ne presuma il decesso, riconosce il pagamento della somma assicurata riportata nella Scheda di polizza ai beneficiari designati o, in mancanza di designazione, agli eredi testamentari o legittimi in parti uguali tra loro.

L'indennizzo viene riconosciuto purché la morte avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio, ancorché successivamente alla scadenza della polizza.

In caso di morte in un unico sinistro dei coniugi, entrambi assicurati con la presente polizza, la sola quota parte della somma assicurata riportata nella Scheda di polizza spettante ai figli superstiti che al momento del sinistro risultino minorenni a carico sarà raddoppiata, restando inteso che la maggiorazione totale non potrà superare un importo pari a euro 200.000,00.

Invalidità permanente (garanzia obbligatoria, sempre operante)

L'Impresa, al verificarsi di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, riconosce, in caso di invalidità permanente, il pagamento di una percentuale della somma assicurata riportata nella Scheda di polizza, proporzionalmente al grado di invalidità permanente accertato. In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'intera somma assicurata riportata nella Scheda di polizza.

L'indennizzo per invalidità permanente è riconosciuto a condizione che sussistano postumi permanenti e che gli stessi si siano stabilizzati entro due anni dal giorno dell'infortunio, ancorché successivamente alla scadenza della polizza. Nel caso in cui, trascorsi due anni dall'infortunio, i postumi dello stesso non risultino ancora stabilizzati, si procederà a liquidare l'indennizzo in via definitiva, secondo la valutazione in riferimento al quadro presentato dall'Assicurato in quel momento.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 30%, l'Impresa liquiderà l'indennizzo dovuto senza applicazione di alcuna franchigia.

Qualora l'Assicurato riportò lesioni a seguito di grave infortunio indennizzabile a termini di polizza, lo stesso potrà richiedere all'Impresa la concessione quale anticipo sull'indennizzo, di una cifra forfettaria, pari a euro 1.000,00 a fronte di spese immediate imposte dall'evento.

L'Assicurato può richiedere, non prima di 180 giorni dalla data di presentazione della denuncia di infortunio, un anticipo in denaro sino al massimo del 50% dell'indennizzo, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità e che la presunta percentuale di invalidità stimata dall'Impresa, in base alla documentazione acquisita, sia superiore al 20%.

Estensioni alle garanzie Morte e Invalidità Permanente (operanti solo in abbinamento alle garanzie "Morte" e/o "Invalidità permanente", a condizione che siano richiamate sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)

Tabella INAIL per Invalidità Permanente: in caso di Invalidità Permanente la tabella delle

percentuali prevista nell'Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione, si intende sostituita con quella allegata al DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e con rinuncia da parte dell'Impresa all'applicazione della franchigia prevista dalla legge stessa (Ex tabella INAIL).

Assorbimento franchigia su Invalidità Permanente: verrà ridotta dal 30% al 10% il grado di Invalidità Permanente a partire dal quale non viene applicata alcuna franchigia.

Sopravalutazione valori di liquidazione per Invalidità Permanente: si conviene di liquidare l'Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al 20%, secondo le percentuali riportate nella tabella dell'Art. 26, lettera C delle Condizioni di Assicurazione. **Scalata di roccia:** rientra compresa in copertura la pratica non professionale della scalata di roccia sino al 5° grado della scala di U.I.A.A. (Union Internationale des Associations d'Alpinisme).

Immersioni con autorespiratore: rientra in copertura la pratica non professionale delle immersioni con autorespiratore, sempreché l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da una associazione legalmente autorizzata o stia partecipando al corso volto all'ottenimento del suddetto brevetto. Sono pertanto comprese anche le embolie gassose.

Le estensioni "Scalata di Roccia" e "Immersioni con autorespiratore" sono prestate sino alla concorrenza delle somme assicurate con il limite di euro 200.000,00 per la garanzia Morte e Invalidità permanente. Non sono invece operanti per la garanzia Inabilità temporanea, se sottoscritta.

Terremoto: sono compresi in garanzia gli infortuni occorsi all'Assicurato a seguito di terremoto, a parziale deroga dell'art. 23 "Esclusioni", punto g) delle Condizioni di Assicurazione. La presente estensione opera per le garanzie morte ed invalidità permanente sino alla concorrenza delle somme assicurate con il limite di euro 250.000,00.

Inabilità Temporanea (garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)

Nel caso si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa riconosce, in caso di inabilità temporanea il pagamento della somma giornaliera assicurata, per un periodo massimo di 365 giorni a partire dal giorno dell'infortunio, con le seguenti modalità:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di esercitare le sue occupazioni professionali;
- b) ridotta al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni professionali.

Diaria di ricovero da Infortunio (garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)

Nel caso si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa riconosce la corresponsione dell'importo indicato sul modulo di polizza in caso di ricovero in Istituto di cura sia in Italia che all'estero (compreso Day hospital e Day surgery). L'Impresa corrisponde dal primo giorno del ricovero il pagamento della somma giornaliera assicurata, sino ad un massimo di 365 giorni, anche se non consecutivi, da quello dell'infortunio ma comunque non oltre 2 anni dallo stesso, complessivamente per uno o più sinistri avvenuti nello stesso periodo assicurativo annuo.

Agli effetti del computo dell'indennità dovuta, il primo e l'ultimo giorno di ricovero si considerano giorno unico.

Diaria da convallescenza da infortunio (operante solo in abbinamento alla garanzia "Diaria da ricovero da infortunio", a condizione che sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)

Nel caso si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa riconosce la corresponsione dell'importo indicato sul modulo di polizza in caso di giustificata convallescenza successiva a ricovero dipendente da infortunio in Istituto di cura sia in Italia che all'estero (compreso Day hospital e Day surgery).

In caso di convallescenza successiva ad uno o più ricoveri dipendenti dal medesimo infortunio, l'Impresa corrisponde il pagamento della somma giornaliera assicurata per ogni giorno di convallescenza, purché prescritta e documentata dal medico curante, con un limite massimo di 20 giorni.

Diaria da gessatura da infortunio (garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)

Nel caso si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa riconosce la corresponsione dell'importo indicato sul modulo di polizza in caso di gessatura.

L'Impresa corrisponde il pagamento della somma giornaliera assicurata: a) in caso di immobilizzazione con gesso o materiali similari dalle ore 24 del giorno dell'applicazione della gessatura sino al giorno della sua rimozione, ma comunque per un periodo non superiore a 20 giorni per le dita e a 50 giorni in tutti gli altri casi; b) in caso di immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni, fissatori esterni, per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione ma comunque per un periodo non superiore a 20 giorni in caso di frattura delle dita e di 50 giorni in tutti gli altri casi; c) in caso di frattura scomposta di coste o del bacino o di frattura composta di almeno due archi costali per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione, ma comunque per un periodo non superiore a 50 giorni.

Rimborso spese sanitarie da infortunio (garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)

Nel caso si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa riconosce, sino alla concorrenza del massimale indicato sul modulo di polizza, complessivamente per uno o più sinistri verificatisi nel medesimo periodo di assicurazione annuo, il rimborso delle spese sanitarie sostenute:

- a) durante il ricovero per: onorari di medici e di chirurghi; diritti di sala operatoria e materiali ed apparecchiature applicati durante l'intervento; rette di degenza; assistenza e cure mediche, esami ed accertamenti diagnostici; trasporto in

ambulanza o qualunque altro mezzo di trasporto sanitario all'istituto di cura, con un limite di rimborso pari al 20% del massimale prescelto dall'Assicurato; trattamenti fisioterapici e rieducativi.

- b) nei 90 giorni successivi al termine del ricovero o all'infortunio senza ricovero e sempreché la polizza sia in vigore, per: prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali ed esami; trattamenti fisioterapici e rieducativi, previa detrazione del 25% delle spese. In caso di gessatura i 90 giorni decorrono dal giorno in cui viene rimossa la stessa; in entrambi i casi, purché direttamente conseguenti all'infortunio, e prescritti dal medico curante.

Rimborso spese sanitarie Danno Estetico (operante solo in abbinamento alla garanzia "Rimborso spese sanitarie da infortunio", a condizione che sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato riporti lesioni al viso tali da provocarne lo sfregio permanente o la deturpazione, l'Impresa riconosce il rimborso delle spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate, entro due anni dalla guarigione clinica, allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Il rimborso spese per danni estetici è riconosciuto fino alla concorrenza della somma indicata in polizza con riferimento ai danni estetici e complessivamente per uno o più sinistri verificatisi nel medesimo periodo di assicurazione annuo; è esteso a lesioni subite in altre parti del corpo sempreché l'Assicurato abbia riportato un'invalidità Permanente superiore al 3%.

L'Impresa assicura il rimborso delle spese sanitarie sostenute:

- a) durante il ricovero per: onorari di medici e di chirurghi; diritti di sala operatoria e materiali ed apparecchiature applicati durante l'intervento; rette di degenza; assistenza e cure mediche, esami ed accertamenti diagnostici.
- b) nei 90 giorni successivi al termine del ricovero o, in assenza di ricovero, alla prima cura o applicazione e sempreché la polizza sia in vigore, per: prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali ed esami, purché relativi al danno estetico e prescritti dal medico curante.

Perdita anno scolastico (garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)

Qualora l'Assicurato sia studente, di età inferiore a 20 anni, non sia ammesso alla classe superiore a seguito di assenze dalle lezioni in conseguenza esclusiva di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa corrisponde l'indennità indicata sul modulo di polizza. Tale indennità spetta a condizione che:

- a) i giorni di assenza dalle lezioni siano successivi all'entrata in vigore della polizza, non siano inferiori a 70 giorni consecutivi o a 85 giorni in più soluzioni e siano registrati nel corso dello stesso anno scolastico;
- b) la mancata ammissione alla classe superiore riguardi la frequenza di scuole elementari, medie inferiori e medie superiori.

CAPITOLO 2 - DIARIA DA INFORTUNIO E MALATTIA (Garanzia operante a condizione che sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)

Diaria da Ricovero da infortuni e malattia (garanzia base)

L'Impresa garantisce la corresponsione dell'importo giornaliero indicato sul modulo di polizza in caso di ricovero in istituto di cura sia in Italia che all'estero, reso necessario da: a) malattia o infortunio; b) parto o aborto spontaneo o post-traumatico sino ad un massimo di 300 giorni complessivamente per uno o più ricoveri dipendenti dalla stessa malattia o dal medesimo infortunio.

Agli effetti del computo dell'indennizzo dovuto, il primo e l'ultimo giorno di ricovero, si considerano un solo giorno. Per il parto senza taglio cesareo l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfetariamente per 3 giorni, anche se vi siano state complicanze. Per il parto con taglio cesareo l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfetariamente per 5 giorni, anche se vi siano state complicanze. Il Day surgery è equiparato al ricovero purché sia rilasciata la relativa cartella clinica da parte dell'istituto di cura.

Sono indennizzabili, ai sensi della presente garanzia, anche le chemioterapie oncologiche e le radioterapie antitumorali effettuate in regime di day hospital o in regime ambulatoriale.

Diaria da Ricovero da infortuni e malattia, diaria da Convalescenza da infortunio e malattia, diaria da gessatura da infortunio (garanzia estensiva e alternativa alla "base")

L'Impresa garantisce, oltre quanto descritto nella precedente garanzia "Diaria da Ricovero da infortuni e malattia", la corresponsione dell'importo giornaliero indicato sul modulo di polizza. In caso di convalescenza, successiva ad uno o più ricoveri dipendenti dallo stesso infortunio o dalla stessa malattia, indennizzabili secondo le modalità di cui alla precedente garanzia base, per ogni giorno di convalescenza purché prescritta e documentata dal medico curante, con un limite massimo di 20 giorni o, se più favorevole per l'Assicurato, per un numero massimo di giorni complessivamente non superiore a tre volte quelli di ciascun ricovero, comunque con il limite massimo di 120 giorni. Agli effetti del computo dell'indennizzo dovuto, il primo e l'ultimo giorno di ricovero si considerano un solo giorno.

Per il parto senza taglio cesareo l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfetariamente per 2 giorni, anche se vi siano state complicanze.

Per il parto con taglio cesareo l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfetariamente per 5 giorni, anche se vi siano state complicanze.

In caso di Grande Intervento Chirurgico l'Impresa assicura la corresponsione, per ogni giorno di ricovero, di un importo pari alla somma assicurata.

In caso di gessatura conseguente ad infortunio con o senza ricovero che rientri nella fattispecie di cui alla voce "Gessatura" nel contesto delle Definizioni riportate nel Glossario, a decorrere: a) in caso di immobilizzazione con gesso o materiali similari, dalle ore 24 del giorno dell'applicazione della gessatura, sino al giorno della sua rimozione, ma comunque per un periodo non superiore a 20 giorni per le dita e a 50 giorni in tutti gli altri casi; b) in caso di immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni, fissatori esterni, stecche per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione ma comunque per un periodo non superiore a 20 giorni in caso di frattura delle dita e di 50 giorni in tutti gli altri casi; c) in caso di frattura scomposta di coste o del bacino o di frattura composta di almeno due archi costali per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione, ma comunque per un periodo non superiore a 50 giorni.

CAPITOLO 3 - GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (Garanzia operante a condizione che sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)

In caso di Grande Intervento Chirurgico, rientrante in copertura, l'Impresa riconosce sino alla concorrenza del massimale riportato nella Scheda di polizza, il rimborso delle seguenti spese sanitarie sostenute dall'Assicurato:

- a) nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero per esami, accertamenti diagnostici e visite mediche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato il successivo Grande intervento Chirurgico;
- b) durante il ricovero, per un massimo di 360 giorni per: onorari dell'equipe medica; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi; rette di degenza, prestazioni mediche, consulti, cure mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici; rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore fino alla concorrenza di euro 3.800,00.
- In alternativa al rimborso delle spese di ricovero, l'Assicurato può optare per la corresponsione di una indennità, per ciascun giorno di ricovero pari a euro 130,00, fino ad un massimo di 90 giorni. La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come unica giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e quella della dimissione.
- In caso di trapianto di organo, sono comprese le spese di ricovero del donatore vivente per il prelievo e in ogni caso le spese per il trasporto di organi o parte di essi.
- c) nei 120 giorni successivi al ricovero per: ricoveri che non comportino intervento chirurgico; esami, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche; medicinali; trattamenti fisioterapici e rieducativi anche se effettuati in regime di ricovero, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), sino alla concorrenza di euro 1.300,00; purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato il Grande Intervento Chirurgico.
- d) Per assistenza fornita da personale infermieristico durante il ricovero e nei 90 giorni successivi al ricovero presso il domicilio dell'Assicurato sino alla concorrenza di euro 3.500,00;
- e) Per il trasporto dell'Assicurato per il ricovero con uso di qualsiasi mezzo sanitario in Italia ed all'estero per accedere all'istituto di cura, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro e per il rientro al domicilio.

Limitatamente ai ricoveri all'estero la garanzia è valida anche per le spese di viaggio, debitamente documentate, sostenute da un accompagnatore.

Il rimborso di tutte le predette spese viene effettuato sino alla concorrenza di euro 3.000,00.

CAPITOLO 4 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA (Garanzia operante a condizione che sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)

L'Impresa riconosce all'Assicurato il pagamento di un indennizzo, fino a concorrenza del capitale assicurato riportato nella Scheda di polizza, in caso di invalidità permanente conseguente a malattia, a condizione che l'invalidità:

- a) abbia un grado pari o superiore al 25% della totale;
- b) sia conseguenza di una malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto, ma non oltre la sua scadenza.

L'assicurazione vale anche per le conseguenze di malformazioni, difetti fisici e condizioni patologiche preesistenti alla stipulazione del contratto, purché in quel momento non noti al Contraente e/o all'Assicurato. In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'intera somma assicurata.

CAPITOLO 5 - ASSISTENZA (Garanzia operante a condizione che sia stata acquistata una delle garanzie previste negli altri Capitoli, che la stessa sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)

La presente copertura si compone delle seguenti prestazioni: Consulti medici; Invio medico; Trasporto in autoambulanza; Consegnare farmaci a domicilio; Rete sanitaria; Gestione dell'appuntamento; Assistenza infermieristica; Assistenza infermieristica post-ricovero a domicilio.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

- ✗ Resta inteso tra le Parti che non potranno accedere alle coperture offerte dal presente contratto i soggetti aventi un'età superiore ai 70 anni di età.
- ✗ Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi; di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.
- ✗ Non sono assicurabili i soggetti non residenti nel territorio della repubblica italiana, della repubblica di San Marino o nello stato della città del Vaticano.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ESCLUSIONI VALIDE PER IL CAPITOLO DIARIA DA INFORTUNIO E MALATTIA, LA GARANZIA GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO E LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La copertura non è operante in caso di infortuni o malattie:

- a) causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- b) causati dall'abuso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- c) occorsi in conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.);
- d) occorsi in conseguenza di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni e qualunque altra calamità naturale, sia essa dichiarata o meno;
- e) comportanti ricoveri effettuati successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della polizza, anche se la malattia si è manifestata, o l'infortunio è avvenuto durante la validità della garanzia.

Fanno eccezione i ricoveri iniziati durante il periodo di validità dell'assicurazione e protrattisi successivamente senza soluzione di continuità sino alla data di dimissione, per i quali:

- relativamente al Capitolo 2 "Diaria da ricovero e convalescenza" delle Condizioni di Assicurazione, verrà corrisposto esclusivamente l'indennizzo giornaliero per tutta la durata del ricovero, con esclusione dell'indennizzo per convalescenza;
- relativamente al Capitolo 3 "Grande Intervento Chirurgico", verranno rimborsate esclusivamente le spese sanitarie di cui alla lettera b) dell'Art. 38 "Oggetto dell'Assicurazione" delle Condizioni di Assicurazione.

L'assicurazione non è inoltre operante in caso di:

- a) cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni (intendendosi per tali la formazione anomala di parti anatomiche) obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati prima della stipulazione della polizza;
- b) conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave, all'atto della stipula del contratto;
- c) malattie mentali e disturbi psichici in genere;

- d) aborto volontario non terapeutico e sue conseguenze;
- e) cure dentarie e paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
- f) sieropositività H.I.V.;
- g) prestazioni aventi finalità estetiche, salvo interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio;
- h) prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche che si rendono necessarie sia per la sterilità che per la infertilità maschile e/o femminile compresa la fecondazione assistita, l'impotenza e la frigilità.

ESCLUSIONI VALIDE PER IL CAPITOLO INFORTUNI

La copertura assicurativa non è operante per:

- a) gli infortuni causati da atti o delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- b) gli infortuni causati dall'abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- c) gli infortuni causati da guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione o, in ogni caso, occorsi durante lo svolgimento del Servizio Militare fatto salvo quanto specificato nell'art. 21 lettera d) delle Condizioni di Assicurazione;
- d) gli infarti e le ernie non traumatiche;
- e) gli infortuni che l'Assicurato può subire durante l'uso, anche come passeggero, di apparecchi per il volo da diporto o sportivo quali alianti, deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili;
- f) gli infortuni sofferti durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- g) gli infortuni occorsi in occasione di:
 - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni e qualsiasi altra calamità naturale, indipendentemente dalla successiva Dichiarazione delle Autorità;
 - conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortuni.
- h) gli infortuni subiti all'estero durante l'espletamento del servizio militare o del servizio civile sostitutivo dello stesso.

ESCLUSIONI VALIDE PER IL CAPITOLO ASSISTENZA

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- c) dolo dell'Assicurato;
- d) suicidio o tentato suicidio;
- e) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
- f) malattie nervose e mentali, le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26^a settimana di gestazione e dal puerperio;
- g) infortuni avvenuti anteriormente la data di decorrenza della copertura;
- h) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- i) le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la NOBIS non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione. La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

Ogni diritto nei confronti della NOBIS si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 C.C.

Il diritto alle assistenze fornite dalla NOBIS decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.



DOVE VALE LA COPERTURA?

- ✓ L'assicurazione vale per il mondo intero. Tuttavia la valutazione dell'infortunio e la corresponsione della relativa indennità verranno effettuate in Italia e in valuta Euro.



CHE OBBLIGHI HO?

Al momento della sottoscrizione del contratto, il Contraente/Assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni non reticenti, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, tutti i cambiamenti che comportano una modifica del rischio. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti o l'omessa comunicazione delle modifiche del rischio possono comportare la cessazione della polizza o la perdita, parziale o totale, del diritto dell'Indennizzo.

Il Contraente ha altresì l'obbligo di pagare il premio al fine di determinare l'operatività della copertura assicurativa.

L'Assicurato, in caso di sinistro, deve mettere a disposizione dell'Impresa tutta la documentazione necessaria alla verifica del caso.

Il Contraente e/o l'Assicurato devono comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il contratto si intende perfezionato con il pagamento, per il tramite del Contraente, del premio che è determinato per periodi di assicurazione di almeno un anno ed è dovuto per intero anche se sia stato concesso il pagamento rateale. Resta fermo il disposto dell'art. 1901 c.c.

I premi devono essere pagati all'ufficio assicurativo alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione dell'Impresa.

Il premio è già comprensivo di imposte.

Ai sensi della vigente normativa, l'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettate dall'eventuale intermediario comunque inteso.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Il contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza alla voce "Decorrenza contratto" se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati. In caso contrario, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio stesso.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15mo giorno dopo quello di scadenza. Trascorsi ulteriori 15 giorni da tale termine l'Impresa ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata AR, la risoluzione del contratto, fermo il diritto alla riscossione anche giudiziale dei premi scaduti antecedentemente.

Il presente contratto ha una durata annuale, così come risultante dalla Scheda di polizza.

Resta inteso che il contratto è tacitamente rinnovabile alla scadenza capitaria. In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata AR o p.e.c. spedita da una Parte all'altra almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente.

Nel caso in cui il Contraente non comunichi, almeno 30 giorni prima della scadenza, di non accettare il premio proposto, il contratto si intenderà rinnovato alle condizioni di premio comunicate dall'Impresa.

La possibilità di prorogare il contratto, così come la quantificazione del relativo premio, sono determinate dall'età dell'Assicurato/i al momento della proroga e/o dalla variazione di un parametro di riferimento. Per l'età si richiama quando disposto all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, il Contraente e l'Impresa possono recedere dal contratto di assicurazione.

In caso di recesso effettuato dal Contraente, questo avrà effetto dalla data d'invio della comunicazione a mezzo raccomandata Ar o p.e.c. all'Impresa.

In caso di recesso effettuato dall'Impresa, questo avrà effetto decorsi 30 giorni dalla data d'invio della comunicazione a mezzo raccomandata Ar o p.e.c. al Contraente. In tal caso, l'Impresa, previa ricezione di una formale rinuncia alla domanda e all'azione da parte del Contraente, rimborserà a quest'ultimo, entro 45 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Per quanto riguarda le garanzie afferenti al Ramo Malattia, resta invece convenuto che l'Impresa non ha la facoltà di recedere dal contratto a seguito della denuncia di sinistro, salvo quanto disposto dagli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP Aggiuntivo Danni)



Prodotto: Nobis Salus

Versione n. 1 di Gennaio 2026 (ultima versione disponibile)

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'Impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., con sede Legale in 20864 Agrate Brianza (MB), Viale Gian Bartolomeo Colleoni 21. Tel: +39.039.9890001, sito internet www.nobis.it, e-mail: assicurazioni@nobis.it, PEC: nobisassicurazioni@pec.it. È iscritta alla Sez. I, al n. 1.00115, dell'Albo delle Imprese IVASS e ne è soggetta a controllo.

La società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Axa Assicurazioni S.p.A. ai sensi degli artt. 2497 seguenti del Codice Civile e appartiene al gruppo assicurativo Axa Italia, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi con il numero 041.

Esercizio 2024

Bilancio approvato il 28/03/2025

Il patrimonio netto di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad €. 173.843.377 ed il risultato economico di periodo ammonta ad €. 32.530.247,89.

Con riferimento alla situazione di solvibilità, si specifica che il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari a 192,7% e si richiama l'attenzione del Contraente in merito alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile sul sito dell'Impresa al seguente link: <https://www.nobis.it/chi-siamo/governance/solvency-ii-sfcr/>.

Al contratto si applica la normativa italiana e lo stesso è soggetto alla giurisdizione italiana.

Prodotto



CHE COSA È ASSICURATO?

In merito alle garanzie **Morte per infortunio, Invalidità permanente da infortunio, Inabilità temporanea da infortunio, Diaria di ricovero da infortunio, Diaria da convalida da infortunio, Diaria da gessatura da infortunio, Rimborso spese sanitarie da infortunio, Rimborso spese sanitarie Danno Estetico, Perdita anno scolastico, Diaria da Ricovero da infortuni e malattia, Diaria da Ricovero da infortuni e malattia oppure diaria da Convalida da infortunio e malattia, diaria da gessatura da infortunio, Grande intervento chirurgico, l'Invalidità permanente da malattia e Assistenza medica** non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali stabiliti nelle Condizioni di Assicurazione e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Non sono previste opzioni che comportino una riduzione di premio o il pagamento di un premio aggiuntivo.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Ad integrazione di quanto specificato all'interno del Dip Danni, si riportano di seguito le ulteriori esclusioni.

Infortunio

Gli infortuni subiti dall'Assicurato come conducente sono esclusi nel caso in cui lo stesso non risulti abilitato alla guida del veicolo con il quale è avvenuto il sinistro a norma delle disposizioni in vigore).

Sono esclusi gli infortuni derivanti dai seguenti sport:

- salto dal trampolino con sci e idrosci, sci acrobatico ed estremo, bob, pugilato e atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, rugby, football americano, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala U.I.A.A., arrampicata libera (freeclimbing), canoa fluviale oltre il 3° grado, salto con l'elastico (bungee jumping), rafting, kite surf, hydrospeed e tutti gli altri sport estremi in genere, attività ciclistiche riconducibili alle fattispecie Downhill, sci fuori pista, sci alpinismo, sci freestyle, sci nautico, canyoning, paracadutismo, deltaplano, sport aerei in genere, arti marziali, snowboard fuori pista, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore;

	• corse e gare (con relative prove) e prove su pista per qualsiasi motivo eseguite, comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura. Si conviene inoltre che, in caso di invalidità permanente, l'indennizzo dovuto a termini di polizza è ridotto del 30% per gli infortuni verificatisi in occasione di: a. speleologia; b. corse o gare e relative prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive relativamente a: calcio, sport equestri, hockey e ciclismo, sempreché praticati a livello non professionale. Si ricorda che in nessun caso l'assicurazione sarà operante per le conseguenze di infortuni derivanti dalla pratica di sport svolti a titolo professionale. Per gli infortuni derivanti da guerra anche civile, insurrezione, occupazione militare, invasione, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra, dell'insurrezione, dell'invasione o dell'occupazione militare, rimangono esclusi dalla garanzia gli infortuni che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino se l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso da tali eventi mentre si trova all'estero. Non sono compresi in garanzia gli infortuni subiti sui voli (velivoli ed elicotteri) esercitati da: • da Società / Aziende che operano nel settore aereo, eseguendo voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri; • da Aeroclubs. Estensioni alle garanzie Morte e Invalidità permanente Scalata di roccia e Immersione con autorespiratore Le estensioni "Tabella INAIL per invalidità permanente", "Assorbimento franchigia su invalidità permanente" e "Sopravalutazione valori di liquidazione per invalidità permanente" non saranno operanti per infortuni subiti rientranti nelle estensioni "Scalata di roccia" e "Immersioni con autorespiratore". Terremoto La presente estensione non è operante per le garanzie che non siano "Morte" o "Invalidità permanente", anche se sottoscritte. Si conviene inoltre che: a) in caso di invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata solo in caso di invalidità accertata pari o superiore al 50%, secondo le percentuali riportate nella Tabella accertamento grado di invalidità permanente - Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione, senza applicazione di alcuna franchigia; b) non potranno essere operative le estensioni di garanzia "Tabella INAIL", "Assorbimento franchigia su Invalidità Permanente" e "Sopravalutazione valori di liquidazione" anche se sottoscritte. Rimborso spese sanitarie da infortunio Sono in ogni caso esclusi i medicinali, occhiali e/o lenti, così come le protesi dentarie. Non sono previsti rimborsi in caso di danni estetici al viso dovuti a deturpazioni e sfregi conseguenti ad infortunio. Rimborso spese sanitarie Danno Estetico L'assicurazione non riconosce le spese per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici preesistenti all'evento. Sono in ogni caso esclusi i medicinali, occhiali e/o lenti, così come le protesi dentarie. Cumulo degli indennizzi L'indennizzo per morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.
Grande Intervento Chirurgico	Limitatamente ai ricoveri all'estero, per lo Stato della Città del Vaticano e per la Repubblica di San Marino la prestazione non è valida per le spese di viaggio sostenute da un accompagnatore.
Assistenza	Invio medico La prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno ed è valida esclusivamente in Italia. Trasporto in ambulanza Le spese di trasporto, con ambulanza, sono a carico dell'Impresa fino ad un massimo di 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno). La prestazione è fornita 1 volta per anno assicurativo ed è valida esclusivamente in Italia. Consegna farmaci a domicilio Resta a carico dell'Assicurato il solo costo del farmaco. La prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno. Assistenza infermieristica Qualora a seguito di ricovero per infortunio o malattia, l'Assicurato necessiti di assistenza infermieristica domiciliare, la Centrale Operativa metterà a disposizione personale infermieristico tenendo a carico il costo per un massimo di euro 60,00 al giorno e fino a 3 giorni consecutivi.

Franchigie:
La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente sarà effettuata applicando le percentuali di franchigia riportate sul modulo di polizza. Per la prestazione "**Invalidità permanente**", in caso di permanente di grado pari o superiore al 30%, l'Impresa liquiderà l'indennizzo dovuto senza applicazione di alcuna franchigia.
Per le estensioni "**Scalata di roccia**" e "**Immersione con autorespiratore**", in caso di invalidità permanente la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata applicando una franchigia del 10%, pertanto l'indennizzo sarà dovuto solo se il grado di invalidità permanente è superiore al 10%; in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 10%, in espressa deroga e sostituzione dell'Art. 25, punto 2 "Franchigia su Invalidità Permanente" delle Condizioni di Assicurazione.



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il presente contratto è rivolto alle persone fisiche, di età pari o inferiore a 70 anni, residenti nel territorio della Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino o Stato della Città del Vaticano.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

L'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione dovrà sostenere il costo relativo al premio quantificato secondo la tariffa predisposta per la tipologia del rischio assicurando e le garanzie prescelte.

Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 1 (Infortuni) è pari al 35,13%, per il Ramo 2 (Malattia) è pari al 24,26% e per il Ramo 18 (Assistenza) è pari al 35,49%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni n. 21, 20864 Agrate Brianza (MB) – Tel. 039.9890001, Fax 039.6890.432 – reclami@nobis.it . La risposta al reclamo verrà effettuata entro 45 giorni dalla data di ricevimento dello stesso.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Verificata la fondatezza del diritto all'indennizzo da parte dell'Assicurato, le controversie di natura medica sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Al presente contratto di assicurazione si applica il seguente trattamento fiscale: - Ramo 1 - Infortuni: imposte sul premio imponibile pari al 2,50%; - Ramo 2 - Malattia: imposte sul premio imponibile pari al 2,50%; - Ramo 18 - Assistenza: imposte sul premio pari al 10%. Gli importi versati dall'Assicurato a titolo di premio sono detraibili al 19 % nei seguenti casi e alle seguenti condizioni: - Infortuni (Ramo 1 se il conducente è identificato in polizza): per rischio morte o invalidità permanente superiore al 5%, per un massimo di 530 euro di spesa, anche in presenza di più contratti. - Invalidità Permanente da Malattia (Ramo 2): per il rischio di non autosufficienza, su una spesa massima di 1.291,14 euro, anche in presenza di più contratti. - Infortuni (Ramo 1): per la tutela di persone con disabilità grave, su una spesa massima di 750 euro (certificata da ASL). In ogni caso sono detraibili le sole spese sostenute con mezzi di pagamento tracciabile.
---	--

COSA È IL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO?

Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link (https://www.nobis.it).
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE/ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

INFORMATIVA IN MERITO ALLE DISPOSIZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE DISCRIMINAZIONI E LA TUTELA DEI DIRITTI DELLE PERSONE CHE SONO STATE AFFETTE DA MALATTIE ONCOLOGICHE	1
SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI	2
SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER TUTTI I CAPITOLI	4
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	4
Art. 2 – Altre assicurazioni	4
Art. 3 – Effetto dell'assicurazione – Pagamento del premio	4
Art. 4 – Durata del contratto – Tacito rinnovo – Variazione del premio	4
Art. 5 – Limiti di età	4
Art. 6 – Assicurazione per conto altrui	5
Art. 7 – Forza probatoria del contratto – Validità delle variazioni – Forma delle comunicazioni	5
Art. 8 – Aggravamento e diminuzione del rischio	5
Art. 9 – Recesso in caso di sinistro	5
Art. 10 – Controversie – Arbitrato irrituale	5
Art. 11 – Cessione e concessione in pegno a terzi – Pretese verso terzi	5
Art. 12 – Persone non assicurabili	5
Art. 13 – Validità territoriale	6
Art. 14 – Oneri fiscali	6
Art. 15 – Rinvio alle norme di legge	6
Art. 15 Bis – Sanctions Clause	6
SEZIONE II/BIS – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE SOLO PER I SUCCESSIVI CAPITOLI DIARIA DA INFORTUNIO E MALATTIA, GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO E INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	7
Art. 16 – Questionario Sanitario	7
Art. 17 – Esclusioni	7
Art. 18 – Periodi di Aspettativa	7
Art. 19 – Modifiche del contratto	7
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE	8
CAPITOLO 1 – GARANZIA INFORTUNI	8
<i>(Garanzia operante a condizione che sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)</i>	
Art. 20 – Oggetto dell'assicurazione	8
Art. 21 – Rischi con particolari delimitazioni	8
Art. 22 – Ambito di efficacia	9
Art. 23 – Esclusioni	9
Art. 24 – Morte <i>(garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)</i>	9
Art. 25 – Invalidità Permanente <i>(garanzia obbligatoria, sempre operante)</i>	9
Art. 26 – Estensioni alle garanzie Morte e Invalidità Permanente <i>(operanti solo in abbinamento alle garanzie "Morte" e/o "Invalidità permanente", a condizione che siano richiamate sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)</i>	11
Art. 27 – Inabilità Temporanea <i>(garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)</i>	12
Art. 28 – Diaria di ricovero da Infortunio <i>(garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)</i>	12
Art. 29 – Diaria da convalescenza da infortunio <i>(operante solo in abbinamento alla garanzia "Diaria di ricovero da infortunio", a condizione che sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)</i>	12
Art. 30 – Diaria da gessatura da infortunio <i>(garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)</i>	12
Art. 31 – Rimborso spese sanitarie da infortunio <i>(garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)</i>	13
Art. 32 – Rimborso spese sanitarie Danno Estetico <i>(operante solo in abbinamento alla garanzia "Rimborso spese sanitarie da infortunio", a condizione che sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)</i>	13
Art. 33 – Perdita anno scolastico <i>(garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)</i>	14
Art. 34 – Cumulo degli indennizzi	14
Art. 35 – Cambiamento dell'attività Professionale – Attività difforme da quella dichiarata – Attività non assicurabile	14
CAPITOLO 2 – DIARIA DA INFORTUNIO E MALATTIA	14
<i>(Garanzia operante a condizione che la stessa sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)</i>	
Art. 36 – Diaria da Ricovero da infortuni e malattia <i>(garanzia base)</i>	14
Art. 37 – Diaria da Ricovero da infortuni e malattia, diaria da Convalescenza da infortunio e malattia, diaria da gessatura da infortunio <i>(garanzia estensiva e alternativa alla "base")</i>	15
CAPITOLO 3 – GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	15
<i>(Garanzia operante a condizione che la stessa sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)</i>	
Art. 38 – Oggetto dell'Assicurazione	15
CAPITOLO 4 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	16
<i>(Garanzia operante a condizione che la stessa sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)</i>	
Art. 39 – Oggetto dell'Assicurazione	16
Art. 40 – Carattere personale dell'indennità	16
CAPITOLO 5 – ASSISTENZA	16
<i>(Garanzia operante a condizione che sia stata acquistata una delle garanzie previste negli altri Capitoli, che la stessa sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)</i>	
Art. 41 – Oggetto dell'Assicurazione – Assistenza Medica	16
41.1 – Consulti medici	16
41.2 – Invio medico	16
41.3 – Trasporto in ambulanza	16
41.4 – Consegna farmaci a domicilio	16
41.5 – Rete sanitaria	16
41.6 – Gestione dell'appuntamento	16
41.7 – Assistenza infermieristica	17
41.8 – Assistenza infermieristica post-ricovero a domicilio	17
Art. 42 – Esclusioni ed effetti Giuridici relativi a tutte le prestazioni Assistenza	17

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO.....	18
Art. 43 – Denuncia del sinistro	18
43.1 – Prestazioni mediche effettuate presso strutture sanitarie convenzionate con l'Impresa	18
43.2 – Prestazioni mediche effettuate presso strutture sanitarie non convenzionate con l'Impresa	18
43.3 – Prestazioni mediche effettuate presso una struttura parzialmente convenzionata	18
43.4 – Prestazione di assistenza	19
Art. 44 – Elenco delle strutture sanitarie convenzionate - Rimborso diretto	19
NORME VALIDE PER LA GARANZIA INFORTUNI.....	19
Art. 45 – Denuncia del sinistro da Infortunio e Obblighi.....	19
Art. 46 – Modalità di pagamento dell'indennizzo.....	19
NORME VALIDE PER LA GARANZIA DIARIA DA INFORTUNIO E MALATTIA	20
Art. 47 – Denuncia del sinistro e obblighi riferiti al Capitolo Diaria da Infortunio e Malattia.....	20
Art. 48 – Presentazione della documentazione sanitaria riferita al Capitolo Diaria da Infortunio e Malattia.....	20
NORME VALIDE PER LA GARANZIA GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	20
Art. 49 – Denuncia del sinistro ed obblighi riferiti al Capitolo Grande Intervento Chirurgico	20
Art. 50 – Presentazione della documentazione sanitaria riferita al Capitolo Grande Intervento Chirurgico.....	20
NORME VALIDE PER LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.....	20
Art. 51 – Denuncia del sinistro ed obblighi riferiti al Capitolo Invalidità Permanente da Malattia.....	20
Art. 52 – Criteri di liquidazione dell'indennizzo	20
Art. 53 – Indennizzo massimo – Cessazione anticipata dell'assicurazione.....	21
Art. 54 – Modalità di liquidazione dell'indennizzo	21
Art. 55 – Gestione dei rapporti assicurativi via web	21
ALLEGATO 1 - Tabella accertamento grado di Invalidità permanente	22
ALLEGATO 2 - Elenco grandi interventi chirurgici	23
ALLEGATO 3 - Criteri e parametri indicativi per la valutazione della Invalidità Permanente da Malattia.....	26
ALLEGATO 4 - Tabella elenco attività professionali	29
APPENDICE NORMATIVA	38

Informativa in merito alle disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche.

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la legge in materia di "Oblio oncologico" (Legge 7 Dicembre 2023 n. 193, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 294 del 18 dicembre 2023, recante *"Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche"*, con l'introduzione del cosiddetto "diritto all'oblio oncologico" - "Legge"). Il termine *"oblio oncologico"* esprime convenzionalmente il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica (tumore) di poter scegliere di non fornire informazioni, né di subire indagini, in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla Legge, tra i quali risultano ricompresi: la stipulazione o il rinnovo di contratti assicurativi.

Secondo la norma, un soggetto può ritenersi guarito da una patologia oncologica, quando le cure ed i trattamenti attivi si sono conclusi, senza che si siano manifestati episodi recidivanti (quali ricadute), da più di 10 anni al momento della richiesta di informative specifiche sul suo stato di salute. Se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età, questo intervallo temporale viene ridotto a 5 anni.

In occasione della stipula o rinnovo di contratti assicurativi, non possono essere altresì applicati limiti, costi e oneri aggiuntivi né trattamenti diversi rispetto a quelli previsti per la generalità dei contraenti a legislazione vigente.

È inoltre vietato richiedere, ai fini della stipula, l'effettuazione di visite mediche di controllo e di accertamenti sanitari volti all'accertamento dello stato di salute collegato a patologie oncologiche.

Qualora le informazioni sulla patologia siano state fornite precedentemente, queste non possono essere utilizzate ai fini della valutazione del rischio, decorso il termine stabilito dalla legge. A tal fine, il contraente invia tempestivamente la certificazione, mediante raccomandata con avviso di ricevimento o posta elettronica certificata. Entro trenta giorni dal ricevimento della certificazione, le informazioni in precedenza acquisite dovranno essere cancellate.

La violazione delle disposizioni nella stipula dei contratti successiva all'entrata in vigore della Legge determina la nullità delle singole clausole contrattuali difformi rispetto ai principi dichiarati dalla legge e non comporta la nullità dell'intero contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio della persona fisica contraente ed è rilevabile d'ufficio.

I contratti stipulati dopo la data di entrata in vigore della legge devono conformarsi ai principi da essa introdotti.

In ossequio alla Legge sopra citata, in caso di stipula di un nuovo contratto o di rinnovo di uno esistente, ancorché venga somministrato un questionario sullo stato di salute, non sussiste l'obbligo di palesare patologie oncologiche pregresse, qualora si ritenga ricorrano le condizioni per la certificazione della guarigione nei termini di legge. L'assicurato non incorrerà nelle conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenze informative, avendo diritto alla liquidazione dell'indennizzo secondo il contratto. Per maggior chiarezza, permangono gli obblighi di accuratezza informativa verso l'Impresa di assicurazione, qualora non ricorrano le condizioni per la certificazione, al momento della stipula del contratto.

Per la piena applicazione della legge, il Ministero della Salute ha emanato alcuni provvedimenti volti a disciplinare le modalità e le forme per la certificazione, senza oneri per l'Assicurato, della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'applicazione delle disposizioni di legge:

- Con Decreto del 22 marzo 2024 – rubricato *"Elenco di patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dagli articoli 2, comma 1, 3, comma 1, lettera a), e 4, comma 1, della legge n. 193 del 2023"*, il Ministero della Salute ha fornito alcune specificazioni mirate ad introdurre tempistiche ridotte per alcune tipologie tumorali per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosticati precedentemente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico. Tali specificazioni sono riportate nell'allegato 1 del citato Decreto e per facilità di consultazione vengono ritrascritte di seguito.

TIPO DI TUMORE	SPECIFICAZIONI	ANNI DALLA FINE DEL TRATTAMENTO
Colon-retto	Stadio 1, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio 11-111, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio 1-11, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni Uomini con diagnosi <45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

- Con il Decreto 5 luglio 2024 – rubricato *"Disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico"*, il Ministero della Salute ha disciplinato le modalità per il rilascio della certificazione necessaria per esercitare il diritto all'oblio oncologico previsto dalla Legge 193/2023 di cui sopra. Per richiedere detta certificazione, l'interessato deve presentare apposita istanza, secondo il modello allegato al Decreto, corredata dalla documentazione medica richiesta, presso una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata o ad un medico dipendente del Servizio sanitario nazionale nella disciplina attinente alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio o al medico di medicina generale oppure al pediatra di libera scelta. La certificazione, redatta secondo il modello contenuto nel medesimo Decreto attuativo, è rilasciata gratuitamente entro trenta giorni dalla richiesta se sussistono, a giudizio della struttura o del medico certificante, le condizioni di legge. Il rilascio di detta certificazione non deve comportare oneri per il richiedente.

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del presente documento si riporta di seguito la spiegazione di alcuni termini del glossario assicurativo, nonché quei termini che all'interno della polizza assumono un significato specifico. Quando i termini di cui alla presente sezione sono riportati all'interno della polizza essi assumono il significato di seguito indicato.

ASSICURATO - il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE - il contratto di assicurazione.

ATTIVITÀ SPORTIVA PROFESSIONALE – s'intende per tale un'attività sportiva praticata a carattere oneroso (escludendo da tale novero la corresponsione di un rimborso spese o simile) e con la caratteristica della continuità temporale, svolta nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e nel rispetto delle prescrizioni dettate dal CONI stesso. Si specifica che l'attività in esame dovrà prevedere altresì la presenza di un Giudice di gara / Arbitro nel corso delle relative gare o competizioni.

BENEFICIARIO - Il soggetto o i soggetti ai quali l'Impresa deve liquidare l'indennizzo in caso di sinistro mortale.

CARENZA - il periodo di tempo trascorso il quale la garanzia diviene operante

CENTRALE OPERATIVA - la struttura di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. costituita da medici, tecnici ed operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato e che organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.

CONTRAENTE - il soggetto che stipula l'assicurazione.

CONVALESCENZA - Il periodo tra la fine della fase acuta dell'alterazione dello stato di salute e la stabilizzazione o la guarigione.

DAY HOSPITAL - la degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per prestazioni mediche che siano:

- riferite a terapie (con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva);
- documentate da cartella clinica;
- praticate in ospedale, istituto clinico o casa di cura.

DAY SURGERY – la degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per prestazioni chirurgiche che siano:

- riferite a terapie (con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva);
- documentate da cartella clinica;
- praticate in istituto di cura.

DIARIA SOSTITUTIVA - l'indennità giornaliera che l'Assicurato, in caso di ricovero, può chiedere in alternativa del rimborso delle spese mediche.

FRANCHIGIA - la parte dell'Indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.

GESSATURA - Consiste nell'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali similari.

Può ritenersi di pari efficacia anche l'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, effettuata in Istituto di cura e comunque da specialista ortopedico, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali e distorsioni. È equiparata a gessatura anche l'immobilizzazione dovuta a fratture scomposte delle coste e del bacino o a frattura composta di almeno due archi costali.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia assicurativa:

- a) le fasce elastiche in genere
- b) i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "mollì"
- c) i busti ortopedici elastici (CAMP 35, MZ e simili)
- d) i collari di Schanz, Colombari o Philadelphia
- e) altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o di immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lettere a), b), c), d).

IMPRESA - Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

INABILITÀ TEMPORANEA - Temporanea incapacità a svolgere la normale occupazione professionale dichiarata in polizza.

INDENNIZZO - la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.

INFORTUNIO - ogni evento improvviso dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca in nesso causale diretto ed esclusivo lesioni fisiche permanenti obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO - l'atto medico praticato in sala operatoria di un Istituto di Cura, perseguibile attraverso una azione cruenta sui tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un Intervento Chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.

INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA - La perdita definitiva, a seguito di infortunio o malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione dichiarata.

MALATTIA - ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MALATTIA COESISTENTE - Malattia o invalidità presente nell'Assicurato, che non determini alcuna influenza sulla malattia denunciata come sinistro, e sulla invalidità permanente da essa causata, in quanto interessa sistemi organo-funzionali diversi.

MALATTIA CONCORRENTE - Malattia o invalidità presente nell'Assicurato, che determini una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata come sinistro, e sulla invalidità permanente da essa causata, in quanto interessa uno stesso sistema organo-funzionale.

MALATTIA PREESISTENTE - la malattia che sia l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza.

MALFORMAZIONE - DIFETTO FISICO - alterazione organica acquisita, evidente o clinicamente diagnosticabile, oppure alterazione organica congenita, evidente o clinicamente diagnosticabile.

NUCLEO FAMILIARE - Le persone riportate dallo stato di famiglia e i conviventi che tali risultino da riscontro anagrafico.

PERSONALE INFERMIERISTICO - Addetti preposti all'assistenza e forniti di specifico diploma.

POLIZZA - il documento che prova la valida stipula del contratto di assicurazione.

PREMIO - la somma dovuta all'Impresa.

RICOVERO - la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura.

RISCHIO - La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

RISCHIO COMUNE - La circostanza secondo la quale il singolo Assicurato ha sottoscritto o ha aderito, in epoca antecedente alla sottoscrizione del presente contratto, a una copertura assicurativa riconducibile alla categoria degli "Infortuni o malattia" con Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. o altro Ente assicuratore, in corso di validità.

SCOPERTO - la parte di indennizzo espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

SINISTRO - il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

STRUTTURA SANITARIA - ambito sanitario così articolato:

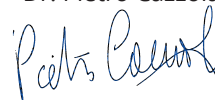
- **AMBULATORIO** - la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni sanitarie, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
- **ISTITUTO DI CURA** - l'ospedale, la casa di cura, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la clinica universitaria, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità - in base ai requisiti di legge - all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. **Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture sanitarie di riabilitazione e rieducazione, le residenze sanitarie per anziani (RSA), le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche nonché i centri, comunque intesi, eroganti le prestazioni definite all'art. 2 della legge 15 marzo 2010 n. 38 e smi.**

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA - strutture sanitarie, così come definite nel presente glossario, convenzionate con Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. alle quali l'Assicurato potrà rivolgersi su indicazione e previa autorizzazione dell'Impresa, per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza. In caso di ricovero, tali prestazioni sono fornite senza che l'Assicurato debba provvedere ad anticipi o pagamenti, che verranno effettuati direttamente dall'Impresa alla Struttura Convenzionata con le modalità previste dall'assicurazione.

STRUTTURA SANITARIA NON CONVENZIONATA - strutture sanitarie, così come definite nel presente glossario, diverse da quelle da quelle indicate dall'Impresa, in possesso dei requisiti stabiliti dalla normativa di legge in vigore, alle quali l'Assicurato potrà comunque rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza, senza ottenere il servizio di pagamento diretto delle prestazioni da parte dell'Impresa.

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nel presente Set Informativo.

Il Rappresentante legale
Dr. Pietro Cazzola



SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER TUTTI I CAPITOLI

Condizioni di Assicurazioni Nobis Salus Mod. NS.2024-2026.001 ed. 2026-01 – Ultimo aggiornamento: Gennaio 2026

In questa sezione il Contraente trova le norme che regolano il rapporto tra l'Impresa ed il Contraente medesimo, prevedendo diritti ed obblighi a carico delle parti. Per una migliore lettura sono state evidenziate **in verde** le norme più importanti a cui prestare attenzione e le parti delle Condizioni di Assicurazione recanti esclusioni, decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato.

Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

L'Impresa presta la garanzia sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente. In particolare, il Contraente e gli Assicurati dichiarano di non trovarsi in una delle condizioni di non assicurabilità indicate all'art. 12 delle presenti Condizioni di Assicurazione, di non essere affetto da difetti fisici, mutilazioni, malattie in atto e postumi invalidanti.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita parziale o totale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni nelle caratteristiche del rischio che comportino un aggravamento dello stesso, il Contraente e/o l'Assicurato deve darne immediata comunicazione all'Impresa indicando gli estremi della variazione stessa. Per tali variazioni vale il disposto dell'art. 1898 codice civile.

Si richiama l'attenzione del Contraente/Assicurato circa la corretta dichiarazione in ordine al c.d. "Rischio comune" (vedi Glossario per la definizione).

Art. 2 – Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato devono comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Codice Civile. L'omissione dolosa della comunicazione può consentire all'Impresa di non corrispondere l'indennizzo.

Art. 3 – Effetto dell'assicurazione – Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza alla voce "Decorrenza contratto" se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati. In caso contrario, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio stesso. Il premio è determinato in base all'età dell'Assicurato/i e alla sua attività lavorativa. Il premio così determinato, salvo quanto indicato all'art. 4 "Durata del contratto – Tacito rinnovo – Variazione del premio", resta costante per tutto il periodo per il quale l'Impresa si è obbligata a contrarre.

Il premio è determinato per periodi di assicurazione di almeno un anno ed è dovuto per intero anche se sia stato concesso il pagamento rateale.

In caso di variazione del contratto, il premio è determinato dall'età dell'Assicurato al momento della variazione.

I termini di decorrenza della garanzia (periodo di carenza/aspettativa) sono disciplinati dall'art. 18.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15mo giorno dopo quello di scadenza. Trascorsi ulteriori 15 giorni da tale termine l'Impresa ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata AR, la risoluzione del contratto, fermo il diritto alla riscossione anche giudiziale dei premi scaduti antecedentemente.

L'assicurazione sospesa riprende a decorrere, qualora l'Impresa non abbia dichiarato la risoluzione, dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio e delle eventuali spese, ferme le successive scadenze stabilite nel contratto (art. 1901 Codice Civile).

In caso di mancato pagamento del premio oltre 90 giorni dalla scadenza, decorrono nuovamente i termini di aspettativa previsti dall'art. 18 "Periodi di aspettativa".

I premi devono essere pagati dal Contraente all'ufficio assicurativo alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione dell'Impresa.

Ai sensi della vigente normativa, l'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettate dall'eventuale intermediario comunque inteso.

Art. 4 – Durata del contratto – Tacito rinnovo – Variazione del premio

Il presente contratto ha una durata annuale, così come risultante dalla Scheda di polizza.

Resta inteso che il contratto è tacitamente rinnovabile alla scadenza capitaria. In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata AR o p.e.c. spedita da una Parte all'altra almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente.

L'Impresa si impegna a mantenere in vigore il contratto fino alla prevista scadenza capitaria, fermo restando le altre condizioni di assicurazione.

La possibilità di prorogare il contratto, così come la quantificazione del relativo premio, sono determinate dall'età dell'Assicurato/i al momento della proroga e/o dalla variazione di un parametro di riferimento. Per l'età si richiama quando disposto all'art. 5.

L'Impresa, tramite tracciato informatico, s'impegna a comunicare all'Intermediario che ha in carico il contratto il nuovo premio almeno 60 giorni prima della scadenza capitaria.

Nel caso in cui il Contraente non comunichi, almeno 30 giorni prima della scadenza, di non accettare il premio proposto, il contratto si intenderà rinnovato alle condizioni di premio comunicate dall'Impresa.

Art. 5 – Limiti di età

Resta inteso tra le Parti che potranno accedere alle coperture offerte con il presente contratto, assumendo dunque la qualifica di Assicurati, i soggetti aventi i seguenti requisiti di età:

- Capitolo 1, Garanzia Infortuni: età pari o inferiore a 70 anni;
- Capitolo 2, Diaria da infortunio e malattia: età pari o inferiore a 70 anni;
- Capitolo 3, Grande intervento chirurgico: età pari o inferiore a 70 anni;
- Capitolo 4, Invalidità permanente da malattia: età pari o inferiore a 70 anni.

Resta inteso tra le Parti che potranno mantenere la qualifica di Assicurato i soggetti che non abbiano superato i seguenti requisiti di età:

- Capitolo 1, Garanzia Infortuni: età pari a 75 anni;
- Capitolo 2, Diaria da infortunio e malattia: età pari a 75 anni;
- Capitolo 3, Grande intervento chirurgico: età pari a 75 anni;
- Capitolo 4, Invalidità permanente da malattia: età pari a 75 anni.

La possibilità di rinnovare tacitamente la copertura (vedi art. 4 che precede) cessa automaticamente alla prima scadenza successiva al raggiungimento dei limiti di età sopra indicati da parte dell'Assicurato. Resta inteso che, in caso di polizza con più Assicurati, la possibilità di rinnovare tacitamente la copertura risulterà preclusa limitatamente al solo soggetto che ha raggiunto il limite di età ma non agli altri Assicurati.

Art. 6 – Assicurazione per conto altrui

Poiché la presente assicurazione può essere stipulata anche per conto altrui, in tale caso gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 7 – Forza probatoria del contratto – validità delle variazioni – forma delle comunicazioni

La polizza firmata è il solo documento che attesta le condizioni regolatrici dei rapporti tra le Parti.

Le eventuali variazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto dalle Parti.

Le comunicazioni che il Contraente intende effettuare durante il corso della polizza devono essere fatte con lettera raccomandata AR indirizzata alla Direzione dell'Impresa o alla sede dell'ufficio assicurativo alla quale è assegnata la polizza.

Le comunicazioni l'Impresa intende effettuare durante il corso della polizza saranno effettuate con lettera raccomandata AR indirizzata all'Assicurato e/o Contraente.

Art. 8 – Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il premio e le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 9 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, il Contraente e l'Impresa possono recedere dal contratto di assicurazione.

In caso di recesso effettuato dal Contraente, questo avrà effetto dalla data d'invio della comunicazione a mezzo raccomandata Ar o p.e.c. all'Impresa.

In caso di recesso effettuato dall'Impresa, questo avrà effetto decorsi 30 giorni dalla data d'invio della comunicazione a mezzo raccomandata Ar o p.e.c. al Contraente. In tal caso, l'Impresa, previa ricezione di una formale rinuncia alla domanda e all'azione da parte del Contraente, rimborserà a quest'ultimo, entro 45 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Per quanto riguarda le garanzie afferenti al Ramo Malattia, resta invece convenuto che l'Impresa non ha la facoltà di recedere dal contratto a seguito della denuncia di sinistro, salvo quanto disposto dagli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

La riscossione dei premi scaduti dopo la denuncia del sinistro non potrà essere interpretata come rinuncia a valersi della facoltà di recesso.

Art. 10 – Controversie – Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, le Parti hanno facoltà di conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale, nel quale caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

Sarà in ogni caso facoltà di ciascuna Parte rivolgersi direttamente all'Autorità giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

Art. 11 – Cessione e concessione in pegno a terzi – Pretese verso terzi

Non possono essere né cedute né concesse in pegno richieste di terzi sulle prestazioni assicurative.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia diritto ad indennizzi da parte di terzi (Servizio Sanitario Nazionale, Casse Mutue, ecc.) l'Impresa è tenuta a rimborsare soltanto la differenza tra le spese effettivamente sostenute e quanto rimborsato da terzi, entro i limiti previsti dalla tipologia di polizza acquistata.

L'Impresa rinuncia al diritto di Surrogazione come da art. 1916 del Codice Civile.

Art. 12 – Persone non assicurabili

Premesso che l'Impresa non avrebbe prestato l'assicurazione qualora al momento della stipulazione del contratto fosse stata a conoscenza che l'Assicurato fosse affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, da AIDS o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione

dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile e senza obbligo per l'Impresa di corrispondere indennizzo alcuno.

La cessazione dell'assicurazione in corso comporta l'obbligo per l'Impresa - a parziale deroga dell'art. 1898 del Codice Civile - di rimborsare al Contraente la parte di premio pagato e non goduto, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato pagato il premio stesso, al netto dell'imposta.

Art. 13 – Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 14 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 15 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana.

Art. 15 Bis – SANCTIONS CLAUSE

In nessun caso gli assicuratori/riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di indennizzo o risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni disposte ai sensi di Risoluzioni assunte dall'Organizzazione delle Nazioni Unite ("ONU"), oppure a sanzioni economiche o commerciali disposte da leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

SEZIONE II/BIS – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE SOLO PER I SUCCESSIVI CAPITOLI DIARIA DA INFORTUNIO E MALATTIA, GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO E INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 16 – Questionario Sanitario

Le garanzie Diaria da Infortunio e Malattia, Grande Intervento Chirurgico e Invalidità Permanente da Malattia sono prestate anche in base alle dichiarazioni riportate sul Questionario Sanitario cartaceo, qualora richiesto, in base alle dichiarazioni riportate sul Questionario di polizza compilato informaticamente alla stipula della polizza, che formano parte integrante del contratto.

La mancata compilazione dei Questionari, ove previsti, rende inoperanti le garanzie nei confronti dell'Assicurato che ha omesso la relativa sottoscrizione.

Art. 17 – Esclusioni

L'assicurazione prestata per la garanzia Diaria da Infortunio e Malattia, la garanzia Grande Intervento Chirurgico e la garanzia Invalidità Permanente da Malattia non è operante in caso di infortuni o malattie:

- a) causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- b) causati dall'abuso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- c) occorsi in conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.);
- d) occorsi in conseguenza di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni e qualunque altra calamità naturale, sia essa dichiarata o meno;
- e) comportanti ricoveri effettuati successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della polizza, anche se la malattia si è manifestata, o l'infortunio è avvenuto durante la validità della garanzia. Fanno eccezione i ricoveri iniziati durante il periodo di validità dell'assicurazione e protrattisi successivamente senza soluzione di continuità sino alla data di dimissione, per i quali:
 - relativamente al Capitolo 2 "Diaria da ricovero e convalescenza", verrà corrisposto esclusivamente l'indennizzo giornaliero per tutta la durata del ricovero, con esclusione dell'indennizzo per convalescenza;
 - relativamente al Capitolo 3 "Grande Intervento Chirurgico", verranno rimborsate esclusivamente le spese sanitarie di cui alla lettera b) dell'Art. 38 "Oggetto dell'Assicurazione."

L'assicurazione non è inoltre operante in caso di:

- f) cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni (intendendosi per tali la formazione anomala di parti anatomiche) obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati prima della stipulazione della polizza;
- g) conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave, all'atto della stipula del contratto;
- h) malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- i) aborto volontario non terapeutico e sue conseguenze;
- j) cure dentarie e paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
- k) sieropositività H.I.V.;
- l) prestazioni aventi finalità estetiche, salvo interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio;
- m) prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche che si rendono necessarie sia per la sterilità che per la infertilità maschile e/o femminile compresa la fecondazione assistita, l'impotenza e la frigilità.

Art. 18 – Periodi di Aspettativa

La garanzia prevista dal Capitolo 2 "Diaria da Infortunio e Malattia", dal Capitolo 3 "Grande Intervento Chirurgico" e dal Capitolo 4 "Invalidità Permanente da Malattia", decorre:

1. Per gli infortuni:
 - dal momento in cui ha effetto l'assicurazione ai sensi degli Art. 3 "Effetto dell'assicurazione – pagamento del Premio" della Sezione II – Condizioni di Assicurazione;
2. Per le malattie:
 - dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
3. Per le invalidità permanenti conseguenti a malattia:
 - dal 90° giorno successivo a quello dell'effetto dell'assicurazione;
4. Per le conseguenze di malattie, esiti di infortuni preesistenti alla stipulazione della polizza ma non manifestati e non noti in quel momento all'Assicurato e per i quali non sono stati praticati accertamenti o terapie:
 - dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
5. Per il parto:
 - dal 360° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
6. Per le complicazioni a seguito di aborto volontario o di aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione:
 - dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza, stipulata con l'Impresa per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assicurato e le stesse garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto di assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 19 – Modifiche del contratto

Ogni variazione del presente contratto deve risultare da atto sottoscritto dal Contraente e dall'Impresa.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione è suddivisa in 5 capitoli principali (Infortuni – Diaria da infortunio e malattia – Grande Intervento chirurgico – Invalidità permanente da malattia – Assistenza) che disciplinano le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – GARANZIA INFORTUNI

(Garanzia operante a condizione che sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)

Art. 20 – Oggetto dell'assicurazione

La presente copertura assicurativa è operante per gli infortuni (vedi Glossario per la definizione) patiti dall'Assicurato ed è operante con i massimali scelti dall'Assicurato e riportati all'interno della Scheda di polizza.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi o subiti in stato o in conseguenza di malore, vertigini o incoscienza.

Sono altresì considerati infortuni:

- l'asfissia, purché non dipendente da malattia;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze o inalazioni accidentali di sostanze tossiche;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le infezioni causate da morsi d'animali o punture d'insetti (con esclusione delle infezioni malariche e le malattie tropicali diagnosticate da un medico abilitato, nonché le conseguenze delle punture di zecca);
- le ulteriori lesioni derivanti da interventi chirurgici o trattamenti resi necessari da infortunio;
- la rottura sottocutanea del tendine d'Achille, del tendine del muscolo bicipite brachiale o di un altro tendine della cuffia dei rotatori, del tendine del quadricipite femorale, nei limiti di quanto riportato nell'apposita tabella per l'accertamento dell'invalidità permanente;
- gli strappi muscolari e le ernie muscolari derivanti da sforzo.

Art. 21 – Rischi con particolari delimitazioni

L'assicurazione vale per gli infortuni:

- Derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- Subiti come conducente (purché risulti abilitato alla guida del veicolo con il quale è avvenuto il sinistro a norma delle disposizioni in vigore) o come trasportato - previa integrale escussione della eventuale polizza RCA - di qualsiasi veicolo o natante a motore, compresi motocicli di qualsiasi cilindrata, i monopattini e le biciclette con o senza pedalata assistita. Qualora l'Assicurato, in qualità di conducente del veicolo, abbia la patente scaduta al momento del sinistro, la copertura opererà a condizione che l'Assicurato ottenga il rinnovo della stessa entro i 90 giorni successivi al sinistro o alla dimissione dall'istituto di cura se l'infortunio ha comportato ricovero. Resta inteso che la presente estensione di copertura opera a condizione che l'Assicurato utilizzi e mantenga il veicolo nel rispetto delle prescrizioni d'uso dettate dal Costruttore e delle disposizioni di legge tempo per tempo vigenti.
- Derivanti dalla pratica di qualsiasi sport non avente carattere di attività sportiva professionale (così come definita nel Glossario di polizza), con esclusione di:
 - salto dal trampolino con sci e idrosci, sci acrobatico ed estremo, bob, pugilato e atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, rugby, football americano, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala U.I.A.A., arrampicata libera (freeclimbing), canoa fluviale oltre il 3° grado, salto con l'elastico (bungee jumping), rafting, kite surf, hydrospeed e tutti gli altri sport estremi in genere, attività ciclistiche riconducibili alle fattispecie Downhill, sci fuori pista, sci alpinismo, sci freestyle, sci nautico, canyoning, paracadutismo, deltaplano, sport aerei in genere, arti marziali, snowboard fuori pista, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore;
 - corse e gare (con relative prove) e prove su pista per qualsiasi motivo eseguite, comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura.
Si conviene inoltre che, in caso di invalidità permanente, l'indennizzo dovuto a termini di polizza è ridotto del 30% per gli infortuni verificatisi in occasione di:
 - speleologia;
 - corse o gare e relative prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive relativamente a: calcio, sport equestri, hockey e ciclismo, sempreché praticati a livello non professionale.

Si ricorda che in nessun caso l'assicurazione sarà operante per le conseguenze di infortuni derivanti dalla pratica di sport svolti a titolo professionale.

- A parziale deroga dell'Art. 23 "Esclusioni" punto c), derivanti da guerra anche civile, insurrezione, occupazione militare, invasione, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra, dell'insurrezione, dell'invasione o dell'occupazione militare, se l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso da tali eventi mentre si trova all'estero.

Sono comunque esclusi dal presente punto elenco, gli infortuni che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

- Subiti in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento (rischio volo).

Sono compresi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri da chiunque esercitati, tranne che:

- da Società / Aziende che operano nel settore aereo, eseguendo voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- da Aeroclubs.

Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione e da eventuali analoghe estensioni contemplate da altre assicurazioni infortuni da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati non potrà superare per ciascuna persona i capitali di:

- euro 750.000,00 per il caso di Morte ed euro 750.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

Complessivamente per aeromobile i capitali di:

- euro 2.000.000,00 per il caso di Morte ed euro 2.000.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 22 – Ambito di efficacia

L'assicurazione vale per gli infortuni avvenuti nell'ambito dell'attività professionale dichiarata in polizza (Rischio professionale) e/o delle attività legate alla vita privata (Rischio extraprofessionale). Sul modulo di polizza risulta indicato in corrispondenza della voce "Professione" la professione svolta dall'Assicurato, ricavata dall'Allegato 4 "Tabella elenco attività professionali". Qualora risultino attivate entrambe le fattispecie sul Modulo di polizza risulterà indicata la formula "Rischi professionali ed extra".

L'assicurazione si può limitare:

- a) ai soli infortuni avvenuti nell'ambito delle attività legate alla vita privata (Rischio solo extraprofessionale);
- b) ai soli infortuni avvenuti nell'ambito dell'attività professionale dichiarata in polizza (Rischio solo professionale); sono compresi inoltre gli infortuni subiti durante:
 - i. il percorso compiuto dall'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa (rischio in itinere),
 - ii. l'intero arco delle 24 ore qualora vengano effettuate trasferte fuori dal Comune, sede abituale di lavoro,

Sempre che, in entrambi i casi i) e ii), l'Assicurato svolga un'attività professionale alle dipendenze di terzi, vincolata ad un orario fisso e predeterminato di lavoro.

Sul modulo di polizza risulterà indicata in corrispondenza della voce "Attività":

- nel caso sub a) l'indicazione della formula EXTRAPROFESSIONALE;
- nel caso sub b) l'indicazione della formula RISCHI PROFESSIONALI.

Art. 23 - Esclusioni

La copertura assicurativa non è operante per:

- a) gli infortuni causati da atti o delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- b) gli infortuni causati dall'abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- c) gli infortuni causati da guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione o, in ogni caso, occorsi durante lo svolgimento del Servizio Militare (fatto salvo quanto previsto all'art. 21 lettera d);
- d) gli infarti e le ernie non traumatiche;
- e) gli infortuni che l'Assicurato può subire durante l'uso, anche come passeggero, di apparecchi per il volo da diporto o sportivo quali alianti, deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili;
- f) gli infortuni sofferti durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- g) gli infortuni occorsi in occasione di:
 - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni e qualsiasi altra calamità naturale, indipendentemente dalla successiva Dichiarazione delle Autorità;
 - conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortuni.
- h) gli infortuni subiti all'estero durante l'espletamento del servizio militare o del servizio civile sostitutivo dello stesso.

Art. 24 – Morte

(garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)

1. Cosa si garantisce

L'Impresa, al verificarsi di un infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini la Morte dell'Assicurato, riconosce il pagamento della somma assicurata riportata all'interno della Scheda di polizza ai beneficiari designati o, in mancanza di designazione, agli eredi testamentari o legittimi in parti uguali tra loro.

L'indennizzo viene riconosciuto purché la morte avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio, ancorché successivamente alla scadenza della polizza.

2. Commorienza dei coniugi

In caso di morte in un unico sinistro dei coniugi, entrambi assicurati con la presente polizza, la sola quota parte della somma assicurata riportata all'interno della Scheda di polizza spettante ai figli superstiti che al momento del sinistro risultino minorenni a carico sarà raddoppiata, restando inteso che la maggiorazione totale non potrà superare un importo pari a Euro 200.000,00.

3. Morte presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato e se ne presumerà il decesso, l'Impresa liquiderà ai beneficiari la somma assicurata riportata all'interno della Scheda di polizza prevista in caso di morte.

La liquidazione della somma assicurata non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Ove si sia trattato di infortunio, avvenuto in volo e indennizzabile a termini di polizza, o durante la navigazione, valgono le disposizioni del Codice della Navigazione.

Se successivamente è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, l'Impresa avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

Art. 25 – Invalidità Permanente

(garanzia obbligatoria, sempre operante)

1. Cosa si garantisce

L'Impresa, al verificarsi di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, riconosce, in caso di invalidità permanente, il pagamento di una percentuale della somma assicurata riportata all'interno della Scheda di polizza, proporzionalmente al grado di invalidità permanente accertato secondo i criteri indicati al successivo punto 3 e secondo le percentuali riportate nella "Tabella accertamento grado di Invalidità Permanente" Allegato 1.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'intera somma assicurata riportata all'interno della Scheda di polizza.

L'indennizzo per invalidità permanente è riconosciuto a condizione che sussistano postumi permanenti e che gli stessi si siano stabilizzati entro due anni dal giorno dell'infortunio, ancorché successivamente alla scadenza della polizza.

Nel caso in cui, trascorsi due anni dall'infortunio, i postumi dello stesso non risultino ancora stabilizzati, si procederà a liquidare l'indennizzo in via definitiva, secondo la valutazione in riferimento al quadro presentato dall'Assicurato in quel momento.

2. Franchigia su Invalidità Permanente

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente sarà effettuata applicando le percentuali di franchigia riportate sul modulo di polizza.

Pertanto, sul capitale assicurato, l'indennizzo sarà dovuto solo se il grado di Invalidità Permanente accertato è superiore alla percentuale di franchigia indicata sul modulo. (i.e. franchigia fissa)

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 30%, l'Impresa liquiderà l'indennizzo dovuto senza applicazione di alcuna franchigia.

3. Accertamento del grado di Invalidità Permanente

Il grado di Invalidità permanente è accertato secondo le percentuali indicate nella Tabella riportata nell'Allegato 1 e secondo i seguenti criteri:

- nei casi di preesistenti menomazioni conseguenti ad infortuni, postumi di pregresse malattie od intossicazioni croniche od invalidanti, malformazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti;
- la perdita totale ed irrimediabile della funzionalità di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di limitazione della funzionalità, le percentuali indicate nell'Allegato 1 vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- la perdita anatomica o funzionale di più organi o arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;
- per la valutazione delle menomazioni visive e uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi;
- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- in caso di constatato mancinismo le percentuali sopra esposte riferite all'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e viceversa.

Nei casi non specificati nella Tabella dell'Allegato 1, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali ed ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla sua professione.

4. Anticipo dell'indennizzo

L'Assicurato può richiedere, non prima di 180 giorni dalla data di presentazione della denuncia di infortunio, un anticipo in denaro sino al massimo del 50% dell'indennizzo, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità e che la presunta percentuale di invalidità stimata dall'Impresa, in base alla documentazione acquisita, sia superiore al 20%.

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa comunicherà all'Assicurato l'importo dell'anticipo e provvederà a metterlo a sua disposizione entro 30 giorni.

Tale importo si intenderà versato a titolo di acconto sull'indennizzo totale dovuto per invalidità permanente e sarà scomputato all'atto della liquidazione definitiva dello stesso.

La liquidazione dell'anticipo non pregiudica alcuna ragione di successiva contestazione totale o parziale del diritto all'indennizzo da parte dell'Impresa e la conseguente ripetizione della somma anticipata ove risultasse in tutto o in parte contrattualmente non dovuta.

5. Spese di prima necessità

Qualora l'Assicurato riporti lesioni a seguito di grave infortunio indennizzabile a termini di polizza, lo stesso potrà richiedere all'Impresa la concessione quale anticipo sull'indennizzo, di una cifra forfettaria, pari a euro 1.000,00 a fronte di spese immediate imposte dall'evento.

A tal fine l'Assicurato dovrà rivolgersi all'Intermediario a cui è assegnata la polizza e l'Impresa potrà concedere l'anticipo richiesto purché si verifichino le seguenti condizioni:

- la richiesta deve pervenire all'Intermediario entro e non oltre 30 giorni dalla data dell'infortunio;
- le lesioni subite dovranno essere accertate e documentate dall'attestazione di dimissione della Struttura Sanitaria oppure, in caso di persistente degenza, da dichiarazione della Direzione Sanitaria o da personale medico del reparto di ricovero da cui si rilevi il tipo di lesione e la causa dell'infortunio;
- dalla documentazione sanitaria inviata all'Intermediario e dagli ulteriori accertamenti eventualmente richiesti, la lesione deve comportare a giudizio del medico dell'Impresa una presunta percentuale di invalidità permanente pari o superiore al 10%.

L'Impresa comunicherà all'Assicurato l'esito della richiesta ed in caso di positivo accoglimento, provvederà a versare l'anticipo entro 15 giorni. Detto importo si intenderà versato a titolo di acconto sull'indennizzo totale dovuto per invalidità permanente e come tale sarà scomputato all'atto della liquidazione definitiva dello stesso.

La liquidazione dell'anticipo non pregiudica alcuna ragione di successiva contestazione totale o parziale del diritto all'indennizzo da parte dell'Impresa e la conseguente restituzione della somma anticipata ove risultasse in tutto o in parte contrattualmente non dovuta.

La richiesta dell'anticipo equivale a tutti gli effetti, ove non già presentata in precedenza, a denuncia di sinistro a sensi delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 26 – Estensioni alle garanzie Morte e Invalidità Permanente

(operanti solo in abbinamento alle garanzie “Morte” e/o “Invalidità permanente”, a condizione che siano richiamate sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)

A. Tabella INAIL per Invalidità Permanente

Si conviene che per ogni Assicurato, qualora venga indicato “Tabella INAIL” sul modulo di polizza, in caso di Invalidità Permanente la tabella delle percentuali prevista nell’Allegato 1, si intende sostituita con quella allegata al DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e con rinuncia da parte dell’Impresa all’applicazione della franchigia prevista dalla legge stessa (Ex tabella INAIL).

Per la valutazione delle lesioni e delle menomazioni si procederà in base a quanto indicato al precedente art. 25, punto 3 “Accertamento del grado di Invalidità Permanente”. Per le lesioni e le menomazioni non esplicitamente menzionate nella tabella Ex INAIL, si utilizzeranno le percentuali previste nella Tabella in Allegato 1.

B. Assorbimento franchigia su Invalidità Permanente

Qualora venga indicato “Assorbimento franchigia su Invalidità Permanente” sul modulo di polizza, si conviene di ridurre dal 30% al 10% il grado di Invalidità Permanente a partire dal quale non viene applicata alcuna franchigia (a parziale deroga del Punto 2 - Franchigia su Invalidità Permanente dell’Art. 25).

C. Sopravalutazione valori di liquidazione per Invalidità Permanente

Qualora venga indicato “Sopravalutazione valori di liquidazione” sul modulo di polizza, si conviene di liquidare l’Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al 20%, secondo le percentuali riportate nella seguente tabella:

% I.P. ACCERTATA	% I.P. LIQUIDATA	% I.P. ACCERTATA	% I.P. LIQUIDATA	% I.P. ACCERTATA	% I.P. LIQUIDATA	% I.P. ACCERTATA	% I.P. LIQUIDATA
20	20	40	75	60	100	80	120
21	22	41	78	61	100	81	121,5
22	24	42	81	62	100	82	123
23	26	43	84	63	100	83	124,5
24	28	44	87	64	100	84	126
25	30	45	90	65	100	85	127,5
26	32	46	93	66	100	86	129
27	34	47	96	67	100,5	87	130,5
28	36	48	99	68	102	88	132
29	38	49	100	69	103,5	89	133,5
30	40	50	100	70	105	90	135
31	42	51	100	71	106,5	91	136,5
32	44	52	100	72	108	92	138
33	46	53	100	73	109,5	93	139,5
34	48	54	100	74	111	94	141
35	50	55	100	75	112,5	95	142,5
36	63	56	100	76	114	96	144
37	66	57	100	77	115,5	97	145,5
38	69	58	100	78	117	98	147
39	72	59	100	79	118,5	99	148,5
						100	150

D. Scalata di roccia

Qualora venga indicato “Scalata di roccia” sul modulo di polizza, è compresa in garanzia la pratica non professionale della scalata di roccia sino al 5° grado della scala di U.I.A.A. (Union Internationale des Association d’Alpinisme);

E. Immersioni con autorespiratore

Qualora venga indicato “Immersioni con autorespiratore” sul modulo di polizza, è compresa in garanzia la pratica non professionale delle immersioni con autorespiratore, sempreché l’Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da una associazione legalmente autorizzata o stia partecipando al corso volto all’ottenimento del suddetto brevetto. Sono pertanto comprese anche le embolie gassose.

Le estensioni D “Scalata di Roccia” ed E “Immersioni con autorespiratore”:

- sono prestate sino alla concorrenza delle somme assicurate con il limite di euro 200.000,00 per la garanzia Morte e Invalidità permanente; non sono invece operanti per la garanzia Inabilità temporanea, se sottoscritta.
- in caso di invalidità permanente la liquidazione dell’indennizzo sarà effettuata applicando una franchigia del 10%, pertanto l’indennizzo sarà dovuto solo se il grado di invalidità permanente è superiore al 10%; in tal caso l’indennizzo verrà liquidato solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 10%, in espressa deroga e sostituzione dell’Art. 25, punto 2 “Franchigia su Invalidità Permanente”;
- non potranno essere operative le estensioni di garanzia di cui ai precedenti punti A “Tabella Inail”, B “Assorbimento franchigia su Invalidità Permanente” e C “Sopravalutazione valori di liquidazione” anche se sottoscritte.

F. Terremoto

Qualora venga indicato “Terremoto” sul modulo di polizza, sono compresi in garanzia gli infortuni occorsi all’Assicurato a seguito di terremoto, a parziale deroga dell’art. 23 “Esclusioni”, punto g).

La presente estensione è prestata per le garanzie morte ed invalidità permanente sino alla concorrenza delle somme assicurate con il limite di euro 250.000,00; non è invece operante per le altre garanzie, anche se sottoscritte.

Si conviene inoltre che:

- in caso di invalidità permanente, la liquidazione dell’indennizzo verrà effettuata solo in caso di invalidità accertata

pari o superiore al 50%, secondo le percentuali riportate nella Tabella accertamento grado di invalidità permanente - Allegato 1, senza applicazione di alcuna franchigia;

- b) non potranno essere operative le estensioni di garanzia di cui ai precedenti punti A "Tabella INAIL", B "Assorbimento franchigia su Invalidità Permanente" e C "Sopravalutazione valori di liquidazione" anche se sottoscritte.

Art. 27 – Inabilità Temporanea

(garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)

1. Cosa si garantisce

Nel caso si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa riconosce, in caso di inabilità temporanea il pagamento della somma giornaliera assicurata riportata all'interno della Scheda di polizza, per un periodo massimo di 365 giorni a partire dal giorno dell'infortunio, con le seguenti modalità:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di esercitare le sue occupazioni professionali;
- b) ridotta al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni professionali.

L'indennizzo per inabilità temporanea decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato come disposto all'Art. 45 "Denuncia di sinistro da infortunio e obblighi", dedotti i giorni di franchigia indicati sul modulo di polizza. Viene corrisposto fino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità, fermo il limite sopraindicato.

2. Presentazione della documentazione sanitaria

Il decorso delle lesioni deve essere documentato senza interruzioni e con continuità da certificati medici fino a guarigione avvenuta; tali certificati devono essere trasmessi all'Impresa.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando quale data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Impresa possa stabilire una data anteriore.

Art. 28 – Diaria di ricovero da Infortunio

(garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)

1. Cosa si garantisce

Nel caso si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa riconosce la corresponsione dell'importo indicato sul modulo di polizza in caso di ricovero in Istituto di cura sia in Italia che all'estero (compreso Day hospital e Day surgery).

L'Impresa corrisponde dal primo giorno del ricovero il pagamento della somma giornaliera assicurata riportata all'interno della Scheda di polizza, sino ad un massimo di 365 giorni, anche se non consecutivi, da quello dell'infortunio ma comunque non oltre 2 anni dallo stesso, complessivamente per uno o più sinistri avvenuti nello stesso periodo assicurativo annuo.

Agli effetti del computo dell'indennità dovuta, il primo e l'ultimo giorno di ricovero si considerano giorno unico.

2. Presentazione della documentazione sanitaria

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione di copia conforme della cartella clinica completa dalla quale risulti la causa dell'infortunio e la durata del ricovero.

Art. 29 – Diaria da convalescenza da infortunio

(operante solo in abbinamento alla garanzia "Diaria da ricovero da infortunio", a condizione che sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)

1. Cosa si garantisce

Nel caso si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa riconosce la corresponsione dell'importo indicato sul modulo di polizza in caso di giustificata convalescenza successiva a ricovero dipendente da infortunio in Istituto di cura sia in Italia che all'estero (compreso Day hospital e Day surgery).

In caso di convalescenza successiva ad uno o più ricoveri dipendenti dal medesimo infortunio, l'Impresa corrisponde il pagamento della somma giornaliera assicurata per ogni giorno di convalescenza, purché prescritta e documentata dal medico curante, con un limite massimo di 20 giorni.

2. Presentazione della documentazione sanitaria

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza su presentazione dei relativi certificati medici.

Art. 30 – Diaria da gessatura da infortunio

(garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)

1. Cosa si garantisce

Nel caso si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa riconosce la corresponsione dell'importo indicato sul modulo di polizza in caso di gessatura che rientri nella fattispecie di cui alla voce "Gessatura" nel contesto del Glossario e Definizioni. L'Impresa corrisponde il pagamento della somma giornaliera assicurata a decorrere:

- a) in caso di immobilizzazione con gesso o materiali similari dalle ore 24 del giorno dell'applicazione della gessatura sino al giorno della sua rimozione, ma comunque per un periodo non superiore a 20 giorni per le dita e a 50 giorni in tutti gli altri casi;
- b) in caso di immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni, fissatori esterni, per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione ma comunque per un periodo non superiore a 20 giorni in caso di frattura delle dita e di 50 giorni in tutti gli altri casi;
- c) in caso di frattura scomposta di coste o del bacino o di frattura composta di almeno due archi costali per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione, ma comunque per un periodo non superiore a 50 giorni.

2. Presentazione della documentazione sanitaria

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione, di certificati medici attestanti l'entità e la sede delle lesioni, la data di applicazione e di rimozione del gesso, il periodo di effettiva immobilizzazione nei casi diversi dall'applicazione del gesso.

Tutte le lesioni devono essere clinicamente diagnosticate e documentate mediante radiografia o TAC (tomografia assiale computerizzata) o RM (risonanza magnetica) o in ecografia o in artroscopia.

Art. 31 – Rimborso spese sanitarie da infortunio

(garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)

1. Cosa si garantisce

Nel caso si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa riconosce, sino alla concorrenza del massimale indicato sul modulo di polizza, complessivamente per uno o più sinistri verificatisi nel medesimo periodo di assicurazione annuo, il rimborso delle spese sanitarie sostenute:

a) durante il ricovero per:

- onorari di medici e di chirurghi;
- diritti di sala operatoria e materiali ed apparecchiature applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza e cure mediche, esami ed accertamenti diagnostici;
- trasporto in ambulanza o qualunque altro mezzo di trasporto sanitario all'istituto di cura, con un limite di rimborso pari al 20% del massimale prescelto dall'Assicurato;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi.

b) nei 90 giorni successivi al termine del ricovero o all'infortunio senza ricovero e sempreché la polizza sia in vigore, per:

- prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali ed esami;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, previa detrazione del 25% delle spese. In caso di gessatura i 90 giorni decorrono dal giorno in cui viene rimossa la stessa; in entrambi i casi, purché direttamente conseguenti all'infortunio, e prescritti dal medico curante.

Sono in ogni caso esclusi i medicinali, occhiali e/o lenti, così come le protesi dentarie.

Non sono previsti rimborsi in caso di danni estetici al viso dovuti a deturpazioni e sfregi conseguenti ad infortunio.

2. Presentazione della documentazione sanitaria

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione di copia conforme della cartella clinica completa, di certificati medici attestanti l'entità e la sede delle lesioni e delle fatture in originale di spesa che saranno successivamente restituite dall'Impresa, previa apposizione della data di pagamento e dell'importo pagato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle fatture per ottenere un rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, al netto di quanto a carico dei predetti terzi, dietro presentazione della copia delle fatture delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento, in originale, comprovante il rimborso effettuato dai suddetti terzi.

Art. 32 – Rimborso spese sanitarie Danno Estetico

(operante solo in abbinamento alla garanzia "Rimborso spese sanitarie da infortunio", a condizione che sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)

1. Cosa si garantisce

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato riporti lesioni al viso tali da provocarne lo sfregio permanente o la deturpazione, l'Impresa riconosce il rimborso delle spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate, entro due anni dalla guarigione clinica, allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Il rimborso spese per danni estetici è riconosciuto fino alla concorrenza della somma indicata nel modulo di polizza con riferimento ai danni estetici e complessivamente per uno o più sinistri verificatisi nel medesimo periodo di assicurazione annuo; è esteso a lesioni subite in altre parti del corpo sempreché l'Assicurato abbia riportato un'Invalidità Permanente superiore al 3%.

L'assicurazione non riconosce le spese per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici preesistenti all'evento.

L'Impresa assicura il rimborso delle spese sanitarie sostenute:

a) durante il ricovero per:

- onorari di medici e di chirurghi;
- diritti di sala operatoria e materiali ed apparecchiature applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza e cure mediche, esami ed accertamenti diagnostici.

b) nei 90 giorni successivi al termine del ricovero o, in assenza di ricovero, alla prima cura o applicazione e sempreché la polizza sia in vigore, per:

- prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali ed esami, purché relativi al danno estetico e prescritti dal medico curante.

Sono in ogni caso esclusi i medicinali, occhiali e/o lenti, così come le protesi dentarie.

2. Presentazione della documentazione sanitaria

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione di copia conforme della cartella clinica completa, di certificati medici attestanti l'entità e la sede delle lesioni e delle fatture in originale di spesa che saranno successivamente restituite dall'Impresa, previa apposizione della data di pagamento e dell'importo pagato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle fatture per ottenere un rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, al netto di quanto a carico dei predetti terzi, dietro presentazione della copia delle fatture delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento, in originale, comprovante il rimborso effettuato dai suddetti terzi.

Art. 33 – Perdita anno scolastico

(garanzia facoltativa, operante se richiamata sulla Scheda di polizza e se corrisposto il relativo premio)

1. Cosa si garantisce

Qualora l'Assicurato sia studente, di età inferiore a 20 anni, non sia ammesso alla classe superiore a seguito di assenze dalle lezioni in conseguenza esclusiva di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa corrisponde l'indennità indicata sul modulo di polizza.

Tale indennità spetta a condizione che:

- i giorni di assenza dalle lezioni siano successivi all'entrata in vigore della polizza, non siano inferiori a 70 giorni consecutivi o a 85 giorni in più soluzioni e siano registrati nel corso dello stesso anno scolastico;
- la mancata ammissione alla classe superiore riguardi la frequenza di scuole elementari, medie inferiori e medie superiori.

2. Presentazione della documentazione sanitaria

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione di:

- certificazione rilasciata dalla segreteria della scuola o dal Provveditorato agli Studi dalla quale risulti il numero dei giorni di assenza successivi alla data dell'infortunio;
- certificazione medica attestante che le assenze dalle lezioni sono state conseguenza dell'infortunio denunciato.

Art. 34 – Cumulo degli indennizzi

L'indennizzo per morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Impresa riconosce ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Gli altri indennizzi previsti dalle garanzie facoltative sono invece cumulabili con quelli per invalidità permanente e per morte.

Art. 35 – Cambiamento dell'attività Professionale – Attività difforme da quella dichiarata – Attività non assicurabile.

Qualora nel corso del contratto si verifichi un cambiamento dell'attività professionale dichiarata in polizza come indicato in "Tabella elenco attività professionali" (ALLEGATO 4), l'Assicurato è tenuto a darne comunicazione all'Impresa.

Se il cambiamento implica aggravamento del rischio, le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto, salvo diverso accordo per la prosecuzione della copertura assicurativa stessa a condizioni modificate.

Se invece il cambiamento implica la diminuzione del rischio, l'Impresa provvederà a ridurre correlativamente il premio.

In entrambi i casi le nuove condizioni di premio decorreranno dall'annualità successiva alla comunicazione.

Se l'infortunio si verifica nel corso di una attività professionale difforme da quella dichiarata in polizza, ovvero nello svolgimento di una diversa attività che presenti comunque obiettivi caratteri di professionalità, l'indennizzo è dovuto:

- in misura integrale se all'attività in questione corrisponde un rischio non maggiore di quello dell'attività professionale indicata in polizza;
- in misura non integrale, ridotto delle percentuali indicate nella tabella sotto riportata, se all'attività in questione corrisponde un rischio maggiore.

ATTIVITÀ PROFESSIONALE DICHIARATA					
		CLASSE A	CLASSE B	CLASSE C	CLASSE D
ATTIVITA'	CLASSE A	=	=	=	=
AL MOMENTO	CLASSE B	30%	=	=	=
DELL'INFORTUNIO	CLASSE C	45%	25%	=	=
	CLASSE D	65%	50%	35%	=

Agli effetti dell'applicazione di quanto previsto sopra, per la valutazione del grado di rischio inerente alle varie attività professionali, si fa riferimento alla classificazione delle attività medesime presenti all'ALLEGATO 4 – "Tabella elenco attività professionali". In caso di attività eventualmente non specificate saranno utilizzati criteri di equivalenza o analogia ad una attività elencata.

Se l'infortunio si verifica nel corso di una attività professionale che sia classificata come "non assicurabile" dalla sopracitata "Tabella elenco attività professionali", non è dovuto alcun indennizzo.

CAPITOLO 2 – DIARIA DA INFORTUNIO E MALATTIA

(Garanzia operante a condizione che la stessa sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)

Art. 36 – Diaria da Ricovero da infortuni e malattia

(garanzia base)

L'Impresa garantisce la corresponsione dell'importo giornaliero indicato sul modulo di polizza in caso di ricovero in istituto di cura sia in Italia che all'estero, reso necessario da:

- malattia o infortunio;
- parto o aborto spontaneo o post-traumatico sino ad un massimo di 300 giorni complessivamente per uno o più ricoveri dipendenti dalla stessa malattia o dal medesimo infortunio.

Agli effetti del computo dell'indennizzo dovuto, il primo e l'ultimo giorno di ricovero, si considerano un solo giorno.
Per il parto senza taglio cesareo l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfettariamente per 3 giorni, anche se vi siano state complicanze.
Per il parto con taglio cesareo l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfettariamente per 5 giorni, anche se vi siano state complicanze.
Il Day surgery è equiparato al ricovero purché sia rilasciata la relativa cartella clinica da parte dell'istituto di cura.
Sono indennizzabili, ai sensi della presente garanzia, anche le chemioterapie oncologiche e le radioterapie antitumorali effettuate in regime di day hospital o in regime ambulatoriale.

Art. 37 – Diaria da Ricovero da infortuni e malattia, diaria da Convalescenza da infortunio e malattia, diaria da gessatura da infortunio

(garanzia estensiva e alternativa alla "base")

L'Impresa garantisce, oltre quanto descritto nel precedente art. 36 "Diaria da Ricovero da infortuni e malattia", la corresponsione dell'importo giornaliero indicato sul modulo di polizza.

In caso di convalescenza, successiva ad uno o più ricoveri dipendenti dallo stesso infortunio o dalla stessa malattia, indennizzabili secondo le modalità di cui alla precedente garanzia base, per ogni giorno di convalescenza purché prescritta e documentata dal medico curante, con un limite massimo di 20 giorni o, se più favorevole per l'Assicurato, per un numero massimo di giorni complessivamente non superiore a tre volte quelli di ciascun ricovero, comunque con il limite massimo di 120 giorni.

Agli effetti del computo dell'indennizzo dovuto, il primo e l'ultimo giorno di ricovero si considerano un solo giorno.

Per il parto senza taglio cesareo l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfettariamente per 2 giorni, anche se vi siano state complicanze.

Per il parto con taglio cesareo l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfettariamente per 5 giorni, anche se vi siano state complicanze.

In caso di Grande Intervento Chirurgico l'Impresa assicura la corresponsione, per ogni giorno di ricovero, di un importo pari alla somma assicurata.

In caso di gessatura conseguente ad infortunio con o senza ricovero che rientri nella fattispecie di cui alla voce "Gessatura" nel contesto delle Definizioni riportate nel Glossario, a decorrere:

- in caso di immobilizzazione con gesso o materiali simili, dalle ore 24 del giorno dell'applicazione della gessatura, sino al giorno della sua rimozione, ma comunque per un periodo non superiore a 20 giorni per le dita e a 50 giorni in tutti gli altri casi;
- in caso di immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni, fissatori esterni, stecche per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione ma comunque per un periodo non superiore a 20 giorni in caso di frattura delle dita e di 50 giorni in tutti gli altri casi;
- in caso di frattura scomposta di coste o del bacino o di frattura composta di almeno due archi costali per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione, ma comunque per un periodo non superiore a 50 giorni.

In caso di gessatura, conseguente ad infortunio, con ricovero l'Assicurato, in alternativa, potrà scegliere la Diaria da Convalescenza indicata sul modulo di polizza, se a lui più favorevole.

CAPITOLO 3 – GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

(Garanzia operante a condizione che la stessa sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)

Art. 38 – Oggetto dell'Assicurazione

In caso di Grande Intervento Chirurgico – intendendosi per tali quelli elencati nell'Allegato 2 o altri, che per complessità o per tecniche operatorie adottate siano ad essi equiparabili – l'Impresa riconosce sino alla concorrenza del massimale indicato in polizza il rimborso delle seguenti spese sanitarie sostenute dall'Assicurato:

- nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero per esami, accertamenti diagnostici e visite mediche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato il successivo Grande intervento Chirurgico;
- durante il ricovero, per un massimo di 360 giorni per:
 - onorari dell'equipe medica;
 - diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi;
 - rette di degenza, prestazioni mediche, consulti, cure mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
 - rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore fino alla concorrenza di euro 3.800,00.

In alternativa al rimborso delle spese di ricovero, l'Assicurato può optare per la corresponsione di una indennità, per ciascun giorno di ricovero pari a euro 130,00, fino ad un massimo di 90 giorni.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come unica giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e quella della dimissione.

In caso di trapianto di organo, sono comprese le spese di ricovero del donatore vivente per il prelievo e in ogni caso le spese per il trasporto di organi o parte di essi.

- nei 120 giorni successivi al ricovero per:
 - ricoveri che non comportino intervento chirurgico;
 - esami, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche;
 - medicinali;
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi anche se effettuati in regime di ricovero, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), sino alla concorrenza di euro 1.300,00; purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato il Grande Intervento Chirurgico.
- Per assistenza fornita da personale infermieristico durante il ricovero e nei 90 giorni successivi al ricovero presso il domicilio dell'Assicurato sino alla concorrenza di euro 3.500,00;

- e) Per il trasporto dell'Assicurato per il ricovero con uso di qualsiasi mezzo sanitario in Italia ed all'estero per accedere all'istituto di cura, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro e per il rientro al domicilio.

Limitatamente ai ricoveri all'estero (esclusi Stato della Città del Vaticano e Repubblica di S. Marino) la garanzia è valida anche per le spese di viaggio, debitamente documentate, sostenute da un accompagnatore.

Il rimborso di tutte le predette spese viene effettuato sino alla concorrenza di euro 3.000,00.

CAPITOLO 4 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

(Garanzia operante a condizione che la stessa sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)

Art. 39 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa riconosce all'Assicurato il pagamento di un indennizzo, fino a concorrenza del capitale assicurato riportato all'interno della Scheda di polizza, in caso di invalidità permanente conseguente a malattia, a condizione che l'invalidità:

- a) abbia un grado pari o superiore al 25% della totale;
- b) sia conseguenza di una malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto - fermo quanto disposto dall'art. 18 "Periodi di aspettativa" della Sezione II/BIS - Condizioni di assicurazione valide solo per i capitoli Diaria da Infortunio e da Malattia, Grande Intervento Chirurgico e Invalidità Permanente da Malattia, ma non oltre la sua scadenza.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'intera somma assicurata.

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti derivanti dalla stessa malattia già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie e sia anche in caso di loro eventuale remissione.

L'assicurazione vale anche per le conseguenze di malformazioni, difetti fisici e condizioni patologiche preesistenti alla stipulazione del contratto, purché in quel momento non noti al Contraente e/o all'Assicurato.

Art. 40 – Carattere personale dell'indennità

Il presente contratto non prevede il carattere personale dell'indennità.

CAPITOLO 5 – ASSISTENZA

(Garanzia operante a condizione che sia stata acquistata una delle garanzie previste negli altri Capitoli, che la stessa sia richiamata sulla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)

Art. 41 – Oggetto dell'Assicurazione – Assistenza Medica

41.1 – Consulti medici

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario.

41.2 – Invio medico

La Centrale Operativa mette a disposizione, tutti i giorni dalle ore 20.00 alle ore 08.00 successive e 24 ore su 24 al sabato e festivi, il proprio Servizio di Guardia Medica che garantisce la disponibilità di medici generici, pediatri e cardiologi pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima valutazione telefonica con il medico di guardia interno, la Centrale Operativa invierà il medico richiesto; il costo dell'intervento è a carico dell'Impresa.

In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza il trasferimento in autoambulanza del paziente in un pronto soccorso; il costo di tale intervento è a carico dell'Impresa. La prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno ed è valida esclusivamente in Italia.

41.3 – Trasporto in ambulanza

La Centrale Operativa, qualora l'Assicurato necessiti di un trasporto sanitario non in emergenza, organizza il trasferimento inviando un'ambulanza.

Le spese di trasporto, con ambulanza, sono a carico dell'Impresa fino ad un massimo di 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno). La prestazione è fornita 1 volta per anno assicurativo ed è valida esclusivamente in Italia.

41.4 – Consegna farmaci a domicilio

La Centrale Operativa garantisce, 24 ore su 24 la ricerca e consegna dei farmaci.

Se il medicinale necessita di ricetta, il personale incaricato passa prima al domicilio dell'Assicurato e quindi in farmacia.

Resta a carico dell'Assicurato il solo costo del farmaco. La prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno.

41.5 – Rete sanitaria

La banca dati della rete delle Strutture Sanitarie in rapporto di convenzione con la Centrale Operativa in tutta Italia, è a disposizione dell'Assicurato 24 ore su 24, 365 giorni all'anno per ogni tipo di informazione sanitaria relativamente a:

- a) singole Strutture convenzionate e loro ubicazione;
- b) prestazioni specialistiche;
- c) nominativo dei singoli medici;
- d) esami diagnostici;
- e) ricoveri;
- f) onorari e tariffe convenzionate.

41.6 – Gestione dell'appuntamento

Qualora l'Assicurato necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e, 24 ore su 24, richiedere alla Centrale Operativa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato e lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento a nome dell'Assicurato. In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, l'Assicurato usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

41.7 – Assistenza infermieristica

Qualora a seguito di ricovero per infortunio o malattia che abbiano dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata inferiore a sette giorni, l'Assicurato necessiti di assistenza infermieristica domiciliare, la Centrale Operativa metterà a disposizione personale infermieristico tenendo a carico il costo per un massimo di euro 60,00 al giorno e fino a 3 giorni consecutivi.

41.8 - Assistenza infermieristica post-ricovero a domicilio

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di malattia o di infortunio che abbiano dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a sette giorni, necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, secondo prescrizione del medico curante, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica specializzata, per un totale di 5 accessi (della durata ciascuna di un'ora) per anno, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza. La prestazione viene fornita 24 ore su 24.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

Art. 42 – Esclusioni ed effetti Giuridici relativi a tutte le prestazioni Assistenza

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- c) dolo dell'Assicurato;
- d) suicidio o tentato suicidio;
- e) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
- f) malattie nervose e mentali, le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio;
- g) infortuni avvenuti anteriormente la data di decorrenza della copertura;
- h) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- i) le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la NOBIS non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

Ogni diritto nei confronti della NOBIS si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 C.C.

Il diritto alle assistenze fornite dalla NOBIS decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

In questa sezione vengono previste le regole e le modalità per denunciare un sinistro e per ottenere un indennizzo.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro contattare IMMEDIATAMENTE la Centrale Operativa dell'Impresa che è in funzione 24 ore su 24 e per 365 giorni all'anno, telefonando al seguente numero verde

800.894149

dall'estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando al numero +39.039.9890722

Art. 43 – Denuncia del sinistro

Le spese per le prestazioni garantite in polizza vengono rimborsate, nel limite del massimale annuo pattuito per persona, con le modalità i limiti ed i criteri di seguito elencati:

43.1 – Prestazioni mediche effettuate presso strutture sanitarie convenzionate con l'Impresa

Per usufruire delle prestazioni mediche di un centro convenzionato, l'Assicurato deve:

- a) contattare preventivamente la Centrale Operativa tramite i seguenti numeri telefonici:

**dall'Italia Numero Verde 800.894149 oppure 039.9890722
dall'estero +39. 039.9890722**

comunicando con estrema precisione:

- gli estremi di identificazione: nome e cognome, numero di polizza;
- indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico;

- b) leggere e inviare via fax (039.6890794 dall'Italia, +39.039.6890794 dall'estero) la prescrizione medica del ricovero per poter concordare la Struttura Sanitaria e l'equipe medico chirurgica convenzionata più consona al caso.
- c) sottoscrivere, all'atto del ricorso alla Struttura Sanitaria Convenzionata, lo specifico modello di "Richiesta prestazione" trasmesso dall'Impresa all'Ente Convenzionato.

Ad avvenuto ricovero, l'Impresa corrisponde direttamente alla Struttura Sanitaria Convenzionata le spese sostenute per le prestazioni mediche ricevute, che sono garantite a termini di polizza. L'assicurato dovrà provvedere direttamente solo al pagamento delle spese o delle eccedenze di spese sostenute per le prestazioni ricevute, che non sono garantite a termini di polizza.

L'assicurato si impegna a restituire all'Impresa gli importi dalla stessa liquidati per prestazioni che, dall'esame della cartella clinica o da altra documentazione medica, risultino non indennizzabili.

43.2 – Prestazioni mediche effettuate presso strutture sanitarie non convenzionate con l'Impresa

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute l'Assicurato deve:

- a) denunciare il sinistro all'Ufficio Sinistri dell'Impresa entro trenta giorni dall'avvenuto ricovero o dall'effettuazione di prestazioni extra ricovero rientranti nelle garanzie dei precedenti Capitoli, con certificato medico da cui risulti la diagnosi circostanziata.
- b) provvedere ad inviare all'Ufficio Sinistri dell'Impresa, all'indirizzo:

**Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri
Centro Direzionale Colleoni – Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21
20864 - AGRATE BRIANZA (MB)
Numero Verde 800-894149 oppure 039-9890722**

la seguente documentazione:

- in caso di ricovero, la copia autentica e completa della Cartella Clinica;
- in caso di prestazione extra ricovero, i certificati medici di prescrizione;
- gli originali di parcelle, notule, distinte, ricevute e fatture, sulle quali siano indicati nome, cognome e domicilio della persona che si è sottoposta alle cure e che risultino pagate e quietanzate.
- c) acconsentire ad eventuali controlli medici disposti dall'Impresa e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, secondo i massimali e i limiti previsti all'interno dei precedenti Capitoli. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto a seguito della presentazione della documentazione relativa alle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto liquidato dai predetti terzi. Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, desunto dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.

43.3 – Prestazioni mediche effettuate presso una struttura parzialmente convenzionata

Qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa, si avvalga di uno o più chirurghi, medici e paramedici o di un'intera équipe chirurgica non convenzionati per effettuare un Intervento Chirurgico presso una Struttura Convenzionata, il rimborso delle spese avverrà come segue:

- a) le spese per le prestazioni sanitarie fornite dalla Struttura Convenzionata verranno liquidate secondo le modalità e i criteri previsti al precedente punto 43.1;

- b) le spese relative agli operatori medici e paramedici non convenzionati, compresa la loro assistenza medica durante il ricovero, saranno sostenute direttamente dall'Assicurato; successivamente l'Impresa effettuerà il rimborso secondo le modalità ed i criteri previsti al precedente punto 43.2.

L'importo complessivamente rimborsato all'Assicurato non potrà superare i sottomassimali previsti all'interno dei precedenti Capitoli.

43.4 – Prestazione di assistenza

L'Impresa mette a immediata disposizione dell'Assicurato, mediante l'utilizzo della propria Centrale Operativa, le prestazioni previste, nel caso in cui lo stesso assicurato ne faccia richiesta a termini di polizza, a seguito di un evento contemplato dalla stessa ed entro i limiti convenuti.

Per usufruire delle prestazioni previste, l'Assicurato o chi per esso deve contattare preventivamente la Centrale Operativa tramite i seguenti numeri telefonici:

**dall'Italia Numero Verde 800.894149 oppure 039-9890722
dall'estero +39.039.9890722**

comunicando con estrema precisione:

- A. tipo di assistenza di cui necessita;
- B. nome e cognome e numero di polizza;
- C. indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico.

Art. 44 – Elenco delle strutture sanitarie convenzionate - Rimborso diretto

L'assicurato potrà verificare sul sito dell'Impresa (www.nobis.it - sezione Salute) l'elenco delle Strutture Sanitarie Convenzionate e gli eventuali aggiornamenti. Sul sito medesimo l'Assicurato potrà trovare anche l'elenco aggiornato dei Medici convenzionati.

Nell'eventualità di un Ricovero o di un Day Surgery, la scelta di una Casa di Cura tra quelle elencate offre il vantaggio di poter usufruire della modalità di rimborso diretto, cioè offre la tranquillità di non dover sostenere spese in prima persona, perché i relativi esborsi saranno comunque anticipati da Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

In pratica, **la Casa di Cura Convenzionata chiederà direttamente all'Impresa il rimborso delle spese sanitarie sostenute.** In caso di necessità l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, in funzione 24 ore su 24, 365 giorni l'anno ai seguenti numeri:

**all'Italia Numero Verde 800-894149 oppure 039.9890722
dall'estero +39.039.9890722**

comunicando con estrema precisione:

- nome, cognome e numero di polizza;
- indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico;
- leggere la prescrizione medica del ricovero all'operatore di Centrale Operativa, inviandola poi per fax ai numeri 039.6890794 dall'Italia, +39.039.6890794 dall'estero.

I medici e gli operatori della Centrale Operativa collaborano con l'Assicurato nella scelta della Struttura Sanitaria e dell'équipe medica chirurgica convenzionate più idonee al caso, **provvedendo direttamente alla loro prenotazione.**

La Centrale Operativa è a disposizione per fornire all'Assicurato ogni consulenza medica nonché le informazioni sanitarie e tutte le prestazioni di assistenza previste dal contratto.

Attenzione: l'elenco delle Case di Cura è da ritenersi puramente indicativo in quanto soggetto ad aggiornamenti. È necessario, pertanto, contattare sempre la Centrale Operativa per conoscere in tempo reale lo stato dei convenzionamenti e per usufruire del servizio prenotazioni.

NORME VALIDE PER LA GARANZIA INFORTUNI

Art. 45 – Denuncia del sinistro da Infortunio e Obblighi

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto, all'Impresa non appena ne abbia la possibilità, nel termine massimo di 5 giorni.

La denuncia deve contenere il luogo, il giorno e l'ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni; il decorso delle stesse deve essere documentato con continuità da ulteriori certificati medici, fino a guarigione avvenuta.

L'Assicurato, i suoi familiari ed aventi diritto devono consentire alla visita di medici dell'Impresa ed a qualsiasi indagine che si ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 Codice Civile).

Art. 46 – Modalità di pagamento dell'indennizzo

Relativamente ad ogni garanzia sottoscritta che sia stata interessata da sinistro, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa liquida gli indennizzi che risultino dovuti, ne dà comunicazione, nelle modalità specificate nell'art. 7, agli interessati e provvede al pagamento entro 30 giorni.

Per gli infortuni avvenuti all'estero il pagamento verrà effettuato in Italia nella valuta vigente.

Se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che gli indennizzi siano stati liquidati o comunque offerti in misura determinata, l'Impresa paga ai beneficiari designati o agli eredi legittimi l'importo liquidato od offerto.

Se l'Assicurato decede, durante il periodo di validità della copertura, per cause direttamente riconducibili all'infortunio o alla malattia che ha generato il sinistro, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Impresa liquiderà agli eredi dell'Assicurato anche la differenza tra la somma già liquidata o offerta e l'ammontare complessivo del capitale assicurato per il "caso morte" al momento dell'infortunio o della malattia che ha generato il sinistro.

Se l'Assicurato decede, per cause non direttamente riconducibili all'infortunio o alla malattia che ha generato il sinistro, prima che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, gli Eredi dell'Assicurato avranno facoltà di trasmettere all'Impresa la documentazione attestante il grado d'invalidità dell'Assicurato (certificazione INPS, INAIL, referti di accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio, cartelle cliniche). L'Impresa pagherà agli Eredi la somma dovuta in forza del grado d'invalidità effettivamente comprovato.

Se l'Assicurato decede, durante il periodo di validità della copertura, per cause direttamente riconducibili all'infortunio o alla malattia che ha generato il sinistro, prima che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Impresa liquiderà agli eredi dell'Assicurato il solo ammontare complessivo del capitale assicurato per il "caso morte".

Resta espressamente inteso che le liquidazioni previste nei quattro ultimi paragrafi poc'anzi trascritti avverranno in ossequio alle vigenti disposizioni di legge in merito alla successione legittima o testamentaria.

NORME VALIDE PER LA GARANZIA DIARIA DA INFORTUNIO E MALATTIA

Art. 47 – Denuncia del sinistro e obblighi riferiti al Capitolo Diaria da Infortunio e Malattia

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto all'Impresa non appena ne abbia la possibilità, nel termine massimo di 5 giorni.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica che contenga la diagnosi ed i motivi del ricovero o della gessatura, nonché l'entità e la sede delle lesioni in caso di infortunio.

L'Assicurato deve sottoporsi, a spese dell'Impresa, agli accertamenti e controlli medici, disposti dalla stessa, fornire ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 del Codice Civile).

Art. 48 – Presentazione della documentazione sanitaria riferita al Capitolo Diaria da Infortunio e Malattia

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione:

- a) per la Diaria da Ricovero da infortunio e malattia, compreso Day Hospital e Day Surgery, di copia conforme della cartella clinica completa, dalla quale risulti la diagnosi circostanziata e la durata del ricovero;
- b) per la Diaria da Convalescenza da infortunio e malattia dei relativi certificati medici;
- c) per la Gessatura, certificati medici attestanti l'entità e la sede delle lesioni, la data di rimozione del gesso, il periodo di effettiva immobilizzazione nei casi diversi dall'applicazione del gesso.

Tutte le lesioni devono essere clinicamente diagnosticate e documentate mediante radiografi a, TAC (tomografia assiale computerizzata), RM (risonanza magnetica) o in ecografia o in artroscopia.

NORME VALIDE PER LA GARANZIA GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Art. 49 – Denuncia del sinistro ed obblighi riferiti al Capitolo Grande Intervento Chirurgico

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto all'Impresa non appena ne abbia la possibilità, nel termine massimo di 5 giorni.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica che contenga la diagnosi ed i motivi del ricovero.

L'Assicurato deve sottoporsi, a spese dell'Impresa, agli accertamenti e controlli medici, disposti dalla stessa, fornire ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 del Codice Civile).

Art. 50 – Presentazione della documentazione sanitaria riferita al Capitolo Grande Intervento Chirurgico

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione di copia conforme della cartella clinica completa, di certificati medici e delle fatture in originale di spesa che saranno successivamente restituite dall'Impresa, previa apposizione della data di pagamento e dell'importo pagato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle fatture per ottenere un rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, al netto di quanto a carico dei predetti terzi, dietro presentazione della copia delle fatture delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento, in originale, comprovante il rimborso effettuato dai suddetti terzi.

NORME VALIDE PER LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 51 – Denuncia del sinistro ed obblighi riferiti al Capitolo Invalidità Permanente da Malattia

L'Assicurato, o chi per esso, deve dare avviso scritto della malattia all'Intermediario al quale è assegnata la polizza, o all'Impresa, entro 30 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

La denuncia deve essere corredata, o tempestivamente seguita, da dettagliata certificazione medica che contenga la diagnosi. L'Assicurato deve consentire all'Impresa le indagini e gli accertamenti necessari e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale. In caso di scadenza del contratto prima che la malattia sia stata denunciata, la relativa denuncia può essere presentata non oltre un anno dalla cessazione del contratto stesso, sempreché la malattia si sia manifestata entro il periodo di validità dell'assicurazione.

Art. 52 – Criteri di liquidazione dell'indennizzo

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive causate dalla singola malattia denunciata come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, non è indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni di menomazioni coesistenti.

Pertanto, qualora la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia stata indennizzata per una precedente diversa malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità sarà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione normativa.

Art. 53 – Indennizzo massimo – Cessazione anticipata dell'assicurazione

Il capitale indicato sul modulo di polizza per ciascuna persona assicurata rappresenta l'importo massimo che l'Impresa indennizza complessivamente durante l'intera durata del contratto.

Infatti, in caso di più invalidità permanenti, indennizzabili a termini di polizza, che si verifichino nel corso del contratto, conseguenti a malattie diverse - sia contemporanee che successive - la sommatoria dei relativi singoli indennizzi non potrà essere maggiore del capitale assicurato.

Pertanto, contestualmente alla liquidazione di ogni sinistro, il capitale assicurato si riduce automaticamente di un importo pari a quello dell'indennizzo liquidato.

Parimenti, si riduce in proporzione, a partire dall'annualità successiva a quella della liquidazione del sinistro, il premio di polizza.

Di conseguenza, resta inteso che l'assicurazione cessa automaticamente nel momento stesso in cui la sommatoria degli indennizzi liquidati risulti pari al capitale assicurato.

L'eventuale incasso di un premio non più dovuto o maggiore di quello dovuto dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga contrattuale, ma impegna l'Impresa a restituire, entro 45 giorni, il corrispettivo importo.

Art. 54 – Modalità di liquidazione dell'indennizzo

La percentuale di invalidità permanente viene accertata in un periodo non superiore ai 18 mesi dalla data di denuncia della malattia, secondo i criteri ed i parametri previsti nell'ALLEGATO 3 "Criteri e parametri indicativi per la valutazione dell'Invalidità Permanente da Malattia".

Nel caso in cui, trascorsi 18 mesi dalla denuncia della malattia, i postumi della stessa non risultino ancora stabilizzati, l'indennizzo sarà liquidato in via definitiva secondo la valutazione in riferimento al quadro presentato dall'Assicurato in quel momento.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nel Capitolo 1, la percentuale di invalidità è accertata, in riferimento ai parametri ed ai criteri di valutazione ivi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

L'Impresa liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata, secondo lo schema seguente, fermo restando che nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25%.

FASCE	GRADO PERCENTUALE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE	PERCENTUALE DI INDENIZZO DA LIQUIDARE
FASCIA I	Inferiore al 25%	0
FASCIA II	25% - 34%	15%
FASCIA III	35% - 44%	30%
FASCIA IV	45% - 54%	45%
FASCIA V	55% - 64%	60%
FASCIA VI	65% - 74%	70%
FASCIA VII	Superiore 74%	100%

Art. 55 – Gestione dei rapporti assicurativi via web

Il Contraente può effettuare la registrazione per accedere ai rapporti assicurativi via web selezionando nella home page del sito dell'Impresa www.nobis.it la voce "Area riservata" e scaricando negli store l'App Nobis CON TE. L'accesso all'area riservata dà diritto alla consultazione della propria posizione assicurativa relativamente a:

- Le coperture assicurative in essere;
- Le condizioni contrattuali sottoscritte;
- Lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

In caso di difficoltà di accesso è possibile ottenere assistenza contattando 24 ore su 24 il Call Center dell'Impresa al numero 039-9890714.

Per eventuali reclami scrivere a:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. Ufficio Reclami
Centro Direzionale Colleoni
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21
20864 Agrate Brianza – MB – reclami@nobis.it

in caso di mancato riscontro scrivere a:

IVASS – Servizio Tutela degli Utenti Via del Quirinale, 21
00187 ROMA (RM)

In base alle norme generali e quelle che regolano ciascuna prestazione, occorre specificare correttamente il danno subito e, al fine di accelerare i tempi di liquidazione, occorre allegare alla denuncia del sinistro la documentazione indicata in ciascuna prestazione assicurativa.

ALLEGATO 1
Tabella accertamento grado di Invalidità permanente

	Destro		Sinistro
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:			
› un arto superiore	70%		60%
› una mano o un avambraccio	60%		50%
› un pollice	18%		16%
› un indice	14%		12%
› un medio	8%		6%
› un anulare	8%		6%
› un mignolo	12%		10%
› la falange ungueale del pollice	9%		8%
› una falange di altro dito della mano		1/3 del valore del dito	
Anchilosi:			
› della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%		20%
› del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono supinazione libera			
› del polso in estensione rettilinea (con prono supinazione libera) 10% 8%	20%		15%
Paralisi completa:			
› del nervo radiale	35%		30%
› del nervo ulnare	20%		17%
Esiti di rottura tendinea completa, indipendentemente dal trattamento e dal quadro clinico obiettivo:			
› del capo prossimale o distale del bicipite brachiale	5%		4%
› di un tendine della cuffia dei rotatori	5%		4%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:			
› al di sopra della metà della coscia		70%	
› al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio		60%	
› al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba		50%	
› di un piede		40%	
› di ambedue i piedi		100%	
› di un alluce		5%	
› di un altro dito del piede		1%	
› della falange ungueale dell'alluce		2,50%	
Postumi di lesioni meniscali:			
› se complete e disposte in senso trasversale		3%	
› in tutti gli altri casi		1%	
Postumi di rottura completa di legamento del ginocchio:			
› collaterale interno		12%	
› collaterale esterno		8%	
› crociato anteriore		6%	
› crociato posteriore		6%	
Anchilosi:			
› dell'anca in posizione favorevole		35%	
› del ginocchio in estensione		25%	
› della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica		15%	
Allegato 1			
Paralisi complete del nervo:			
› sciaticopopliteo esterno		15%	
Esiti di rottura tendinea completa indipendentemente dal trattamento e dal quadro clinico obiettivo:			
› tendine di Achille		4%	
› quadricipite femorale		5%	
Esiti di frattura scomposta di una costa		1%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:			
› una vertebra cervicale		12%	
› una vertebra dorsale		5%	
› 12a dorsale		10%	
› una vertebra lombare		10%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo		2%	
Esiti di frattura del sacro		3%	
Esiti di frattura del coccige con callo deforme		5%	
Perdita totale anatomica o funzionale di:			
› un occhio		25%	
› ambedue gli occhi		100%	
Sordità completa di:			
› un orecchio		10%	
› ambedue gli orecchi		40%	
Stenosinassale assoluta:			
› monolaterale		4%	
› bilaterale		10%	
Perdita anatomica di:			
› un rene		15%	
› della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%	

ALLEGATO 2

Elenco grandi interventi chirurgici

Cardiochirurgia

- › By-pass aorto coronarici multipli (C.E.C.)
- › By-pass aorto coronarico singolo (C.E.C.)
- › Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- › Cisti del cuore o del pericardio
- › Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per
- › Fistole arterovenose del polmone, interventi per
- › Pericardiectomia totale
- › Reintervento con ripristino di C.E.C.
- › Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- › Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)
- › Valvuloplastica chirurgica

Chirurgia generale

- › Amputazione addomino-perineale secondo Miles, trattamento completo
- › Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- › Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
- › Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
- › Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia
- › Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia
- › Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia
- › Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia
- › Emicolectomia destra con linfadenectomia
- › Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- › Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia
- › Esofago, resezione parziale dell', con esofagostomia
- › Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- › Esofagogastropastica-esofagodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)
- › Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
- › Gastrectomia parziale con linfadenectomia
- › Gastrectomia totale con linfadenectomia (trattamento completo)
- › Megacolon, intervento per (compresa colostomia)
- › Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
- › Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
- › Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- › Pancreatite acuta, interventi demolitivi
- › Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia
- › Resezioni epatiche maggiori
- › Retto, amputazione del, con linfadenectomia
- › Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
- › Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale

Chirurgia toraco-polmonare

- › Bilobectomie, intervento di
- › Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili (intervento per)
- › Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
- › Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino per via sternotomica
- › Neoplasie maligne della trachea
- › Pleuropneumonectomia e pneumonectomia di completamento (qualsiasi patologia e tecnica)
- › Pneumonectomia
- › Resezione bronchiale con reimpianto
- › Resezione segmentaria o lobectomia
- › Resezioni segmentarie tipiche
- › Toracectomia per asportazione di tumore maligno coste e/o sterno con ricostruzione della parete

Chirurgia vascolare

- › Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto
- › Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici
- › By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale, carotideo – succlavio
- › By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo
- › By-pass aorto-renale, aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica basale
- › Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale
- › Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
- › Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
- › Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici

Ginecologia - Ostetricia

- › Eviscerazione pelvica
- › Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia
- › Isterectomia radicale per via laparotomia o vaginale senza linfadenectomia
- › Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per

- › Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per
- › Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di

Neurochirurgia

- › Anastomosi vasi intra-extra cranici
- › Ascesso o ematoma intracranico, intervento per
- › Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- › Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicali varie, intervento di
- › Corpo estraneo intracranico, asportazione di
- › Craniotomia per ematoma extradurale
- › Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- › Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- › Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per
- › Epilessia focale, intervento per
- › Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- › Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- › Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- › Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente
- › Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta
- › Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- › Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
- › Laminectomia per tumori intramidollari
- › Malformazione aneurismatica (aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi)
- › Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- › Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
- › Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- › Plesso brachiale, intervento sul, con tecnica microchirurgica
- › Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
- › Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- › Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- › Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per
- › Traumi vertebro-midollari via posteriore
- › Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- › Tumori orbitari, intervento per

Ortopedia

- › Artrodesi vertebrale per via anteriore
- › Artrodesi vertebrale per via posteriore
- › Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- › Artroprotesi spalla, totale
- › Artroprotesi: anca totale
- › Artroprotesi: ginocchio
- › Disarticolazione interscapolo toracica
- › Disarticolazioni, grandi
- › Emipelvectomia
- › Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
- › Ernia del disco dorsale per via transtoracica
- › Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- › Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- › Osteotomia complessa (bacino, vertebrale, etc.)
- › Reimpianti di arto o suo segmento
- › Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia
- › Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
- › Scoliosi, intervento per
- › Spalla, resezioni complete secondo Tikhon-Limberg
- › Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale
- › Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di
- › Uncoforaminotomia o vertebrotonia (trattamento completo)

Otorinolaringoiatria

- › Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica
- › Laringectomia parziale o totale con o senza svuotamento laterocervicale
- › Laringofaringectomia totale
- › Neoplasie parafaringee anche con svuotamento linfonodale monolaterale (maligne)
- › Neoplasie parafaringee benigne
- › Nervo vestibolare, sezione del
- › Neurinoma dell'ottavo paio
- › Petrosectomia
- › Stapedectomia
- › Stapedotomia
- › Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di

Chirurgia oro - maxillo - facciale

- › Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
- Urologia

- › Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- › Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con neovesica rettale compresa
- › Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- › Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia
- › Eminectomia
- › Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
- › Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento per
- › Neovesica ileale, colica, ileocolica
- › Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale
- › Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)
- › Surrenectomia (trattamento completo) trattamento trombocavale
- › Ureteroenteroplastica con tasche continenti (bilaterale), intervento di
- › Uretero-ileo-anastomosi bilaterale
- › Uretero-ileo-anastomosi monolaterale

Trapianti d'organo Tutti

ALLEGATO 3

Criteri e parametri indicativi per la valutazione della Invalidità Permanente da Malattia

1. SISTEMA NERVOSO CENTRALE

I postumi delle malattie che colpiscono il cervello, il cervelletto ed il midollo spinale quali ad esempio le encefaliti, le meningiti, la sclerosi a placche, il Parkinson, l'epilessia, l'ictus cerebrale, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- › disturbi del linguaggio;
- › disturbi delle funzioni cerebrali complesse integrate, realizzanti la sindrome cerebrale organica;
- › disturbi della coscienza;
- › disturbi neurologici episodici (in particolare: sincopi, convulsioni e crisi epilettiche);
- › disturbi della statica e della marcia;
- › disturbi neurologici vescicali, retтали, sessuali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:

- › il soggetto comprende l'eloquio ma non può produrre un linguaggio appropriato;
- › il soggetto presenta alterazioni delle funzioni cerebrali integrate complesse tanto da necessitare di un controllo o supervisione per incombenze particolari;
- › disordini neurologici che comportano una moderata alterazione cronica dello stato di coscienza;
- › disturbi episodici (sincopi, crisi epilettiche, convulsioni) tali da interferire moderatamente sulle attività quotidiane;
- › il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma cammina con difficoltà su superfici pianeggianti;
- › presenza di attività vescicale e rettale riflessa, con marcata riduzione del controllo volontario.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:

- › il soggetto non può comprendere o produrre un linguaggio comprensibile con impossibilità completa a comunicare;
- › il soggetto non può prendere cura di sé stesso nella maggior parte delle situazioni giornaliere;
- › disordini neurologici cronici che comportano uno stato stuporoso persistente;
- › episodi sincopali e/o epilettici e/o convulsivi frequenti, non controllabili dalla terapia e tali da limitare grandemente le attività della vita di ogni giorno;
- › il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma è assolutamente incapace a deambulare;
- › alterazione della motilità degli arti inferiori con scomparsa dei riflessi e del controllo degli sfinteri vescicale e rettale e perdita della funzione sessuale.

2. APPARATO CARDIO-VASCOLARE.

I postumi delle malattie che colpiscono il cuore, le arterie e le vene quali ad esempio l'angina pectoris, l'infarto, le pericarditi, le cardiomiopatie, gli aneurismi, le trombosi, le tromboflebiti ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- › Classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla New York Heart (NYHA):
- › Classe 1: l'attività fisica abituale non provoca affaticamento né palpitazioni;
- › Classe 2: l'attività fisica abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
- › Classe 3: a riposo i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già una attività fisica inferiore a quella abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
- › Classe 4: i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo. Ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi.
- › Pressione arteriosa
- › Efficacia della terapia medica e chirurgica
- › Criteri clinici generali

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:

- › soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabile da adeguata terapia;
- › soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeutamente ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia;
- › soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeutamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50%, di una sola arteria coronarica;
- › soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeutamente ma in presenza di angioplastica o di by-pass coronarico;
- › soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeutamente ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;
- › soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeutamente ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia antiipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso;
- › soggetto con persistenti aritmie non correggibili terapeutamente ma che riesce comunque a condurre una vita attiva.

Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%

I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:

- › soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica;
- › soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeutamente, e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente;
- › soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeutamente e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia antiipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva;
- › soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeutamente, e con segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;
- › soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeutamente, e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.

3. APPARATO RESPIRATORIO.

I postumi delle malattie che colpiscono la laringe, i bronchi, i polmoni, la pleura ed il mediastino quali ad esempio le bronchiti croniche, l'asma bronchiale, l'enfi sema polmonare, l'edema polmonare, l'infarto polmonare, le pleuriti, i tumori ecc., verranno valutati ai seguenti criteri di valutazione:

› Funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici: FVC, FVC 1, FVC 1/FVC.

Tali parametri debbono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente broncospastica, dopo test di broncodilatazione. I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA previsti per un soggetto di pari età e sesso;

› concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO₂) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di pari età;

› criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia comportano una alterazione, nella misura prevista, di uno soltanto o di nessuno dei tre parametri spirometrici indicati:

› FVC inferiore al 70% del valore teorico CECA;

› FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA

› FVC 1 / FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA; oppure la PaO₂ inferiore all'80% del valore teorico.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

I postumi della malattia comportano una alterazione, nella misura prevista, di almeno due dei tre parametri spirometrici indicati:

› FVC inferiore al 50% del valore teorico CECA;

› FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA;

› FVC 1 / FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA; oppure la PaO₂ inferiore al 65% del valore teorico.

4. APPARATO DIGERENTE

I postumi delle malattie che colpiscono l'esofago, lo stomaco, l'intestino, il fegato ed il pancreas quali ad esempio le esofagiti, le malattie ulcerose, il morbo di Crohn, le epatiti e le pancreatiti acute e croniche, i tumori ecc., verranno valutati ai seguenti criteri di valutazione:

› Efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;

› postumi anatomici e funzionali accertati con esami radiologici e/o endoscopici e/o laboratoristici;

› variazione del peso corporeo in riferimento a quello teorico;

› criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS

› I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato sono controllati agevolmente dalla terapia e/o da modeste restrizioni dietetiche e la perdita di peso determinata dalla malattia non supera il 10% del valore teorico e nel caso di malattie pancreatiche croniche, non sono documentati episodi di recidive.

COLON, SIGMA E RETTO

› I postumi della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi soggettivi modesti e saltuarie alterazioni dell'alvo e il trattamento prevede restrizioni alimentari marginali ed una terapia farmacologica solo sintomatica.

FEGATO

› I dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica non si correlano a manifestazioni cliniche di insufficienza epatica e non sono documentati precedenti episodi di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e i postumi della malattia non compromettono lo stato di nutrizione.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS

› I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato non sono controllabili dalla terapia medica né dalla dieta, non sono correggibili da ulteriori interventi chirurgici ed impediscono lo svolgimento della maggior parte delle attività abituali e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.

COLON, SIGMA E RETTO

› I postumi organici della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi severi, una persistente alterazione dell'alvo e manifestazioni generali quali ad esempio febbre ed anemia cronica e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.

FEGATO

› Sono presenti dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di importante insufficienza della funzionalità epatica e sono documentati episodi recidivanti e non controllabili da adeguate terapie di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e lo stato di nutrizione è gravemente compromesso.

5. APPARATO URINARIO

I postumi delle malattie che colpiscono i reni, gli ureteri, la vescica e l'uretra, quali ad esempio le nefriti, le pielonefriti, la calcolosi renale, l'insufficienza renale, i tumori ecc., verranno valutati con i seguenti criteri di valutazione:

› determinazione della clearance della creatinina (valori corretti in base alla superficie corporea);

› valori diastolici della pressione arteriosa;

› determinazione quantitativa della proteinuria;

› efficacia del trattamento medico e chirurgico

› criteri clinici generali

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

Clearance creatinina superiore a 50 ml/min.

oppure

Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min. con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100 mm Hg) senza adeguata terapia
oppure
sindrome nefrosica parzialmente controllata dalla terapia, con valore di proteinuria persistente inferiore a 2,5 gr/die.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

Clearance creatinina inferiore a 20 ml/min.
oppure
Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiori a 115 mm Hg) non controllata da adeguata terapia
oppure
sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die.

6. SISTEMA ENDOCRINO

I postumi delle malattie che colpiscono le ghiandole endocrine, quali ad esempio le tiroiditi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le malattie delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- › efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- › postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- › criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia
oppure
diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e dalla dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabete dipendenti.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico
oppure
la malattia di per sé controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%.

7. SISTEMA EMATOPOIETICO E LINFATICO

I postumi delle malattie che colpiscono il midollo osseo, la milza e le ghiandole linfatiche, quali ad esempio le anemie, le leucemie, i tumori in genere ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- › efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- › postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- › criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

Anemia cronica con valori di emoglobinemia non inferiore a gr. 10/100 ml, non necessita di emotrasfusioni
oppure
sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia
oppure
leucemia linfatica cronica in 1° stadio
oppure
leucemia mieloide cronica controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale;

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

Anemia cronica con valori di emoglobinemia inferiori a gr. 10/100 ml, con necessità di emotrasfusioni periodiche (2-3 unità ogni 4-6 settimane)
oppure
presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa
oppure
leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa

8. MALATTIE NEOPLASTICHE

I postumi di tutte le forme tumorali, qualsiasi organo, apparato o sistema colpiscano, verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- › gli esiti obiettivati a carico dell'organo o apparato o sistema colpito, dopo le cure mediche e/o chirurgiche;
- › la prognosi in riferimento alle ulteriori possibilità terapeutiche ed alle eventuali localizzazioni metastatiche.

A) se la malattia neoplastica è stata adeguatamente curata con terapia medica e/o chirurgica, ed al momento della valutazione non vi sono segni laboratoristici e/o strumentali di diffusione metastatica, la valutazione dell'Invalidità Permanente è fatta in riferimento alla condizione menomativa accertabile in quel momento degli organi, apparati o sistemi interessati, secondo i criteri previsti nel presente punto.

B) se la malattia neoplastica comporta al momento della valutazione una prognosi a breve termine sfavorevole per la vita, o perché è presente una diffusione metastatica, verrà riconosciuta una invalidità superiore al 74%, indipendentemente dalle alterazioni funzionali obiettivabili.

ALLEGATO 4
Tabella elenco attività professionali

Tabella delle attività	Inabilità Temporanea (IT)	Classe
abbattitore di piante - dipendente	n.a.	D
abbattitore di piante - lavoratore autonomo	D	D
abbigliamento - addetto alla vendita	n.a.	A
abbigliamento - titolare vendita	A	A
accessori per veicoli - addetto alla vendita	n.a.	A
accessori per veicoli - titolare vendita	A	A
addestratore di cani - dipendente	n.a.	C
addestratore di cani - lavoratore autonomo	C	C
addetto a maneggi di cavalli	n.a.	D
addetto ad autorimessa - dipendente	n.a.	C
addetto ad autorimessa - titolare	C	C
addetto centro elaborazione dati	n.a.	B
agente di polizia municipale non motocicl.	n.a.	B
agente di assicurazioni	B	B
agente di borsa/cambio - dipendente	n.a.	A
agente di borsa/cambio - lavoratore autonomo	A	A
agente di polizia municipale anche motociclista	n.a.	D
agente di pubblicità - dipendente	n.a.	B
agente di pubblicità - lavoratore autonomo	B	B
agente immobiliare - dipendente	n.a.	B
agente immobiliare - lavoratore autonomo	B	B
agente marittimo - dipendente	n.a.	B
agente marittimo - lavoratore autonomo	B	B
agente settore credito	n.a.	B
agente teatrale	n.a.	B
agente/rappresentante settore commercio	n.a.	B
agricoltore - dipendente	n.a.	D
agricoltore - lavoratore autonomo	D	D
agronomo-agrimensore - dipendente	n.a.	B
agronomo-agrimensore - lavoratore autonomo	B	B
alimentari in genere- addetto alla vendita	n.a.	A
alimentari in genere- titolare vendita	A	A
allenatore sportivo	n.a.	C
allevatore - dipendente	n.a.	D
allevatore - lavoratore autonomo	D	D
ambasciatore	n.a.	B
ambulante di generi vari	n.a.	C
amministratore di beni propri o altrui	A	A
analista chimico - dipendente	n.a.	B
analista chimico - lavoratore autonomo	B	B
antennista - dipendente	n.a.	D
antennista - lavoratore autonomo	D	D
antiquario con operazioni di restauro - dipendente	n.a.	C
antiquario con operazioni di restauro - lavoratore autonomo	C	C
antiquario senza operazioni di restauro - dipendente	n.a.	B
antiquario senza operazioni di restauro - lavoratore autonomo	B	B

apparecchi ottici e fotografici - addetto alla vendita	n.a.	A
apparecchi ottici e fotografici - titolare vendita	A	A
architetto con accesso a cantieri - dipendente	n.a.	B
architetto con accesso a cantieri - lavoratore autonomo	B	B
architetto occupato solo in ufficio - dipendente	n.a.	A
architetto occupato solo in ufficio - libero professionista	A	A
argentatore / doratore - dipendente	n.a.	C
argentatore / doratore - lavoratore autonomo	C	C
arredatore - dipendente	n.a.	B
arredatore - lavoratore autonomo	B	B
arrotino - dipendente	n.a.	C
arrotino - lavoratore autonomo	C	C
articoli sportivi - addetto alla vendita	n.a.	A
articoli sportivi - titolare vendita	A	A
articoli igienico-sanitari addetto alla vendita	n.a.	B
articoli igienico-sanitari titolare esercizio vendita	B	B
articoli musicali - addetto alla vendita	n.a.	A
articoli musicali - titolare vendita	A	A
artista di varietà, attore, musicista, cantante non ballerino	n.a.	C
ascensorista	n.a.	C
assistente sociale	n.a.	B
attacchino	n.a.	C
attore di teatro	n.a.	C
attrezzista, macchinista (settore spettacolo)	n.a.	D
autista di autobus	n.a.	C
autista di autovetture	n.a.	C
autorimesse: addetto che non lavora manualmente	n.a.	B
autorimesse: titolare che non lavora manualmente	B	B
autoriparatore - dipendente	n.a.	C
autoriparatore - lavoratore autonomo	C	C
autotrasportatore - dipendente	n.a.	D
autotrasportatore - lavoratore autonomo	D	D
avvocato	B	B
baby-sitter	n.a.	B
badante	n.a.	B
bagnino	n.a.	B
bar- ristorante, trattorie, pizzerie - addetto	n.a.	B
bar- ristorante, trattorie, pizzerie - titolare	B	B
bar tabacchi - addetto alla vendita	n.a.	B
bar tabacchi - titolare vendita	B	B
barbiere - dipendente	n.a.	A
barbiere - lavoratore autonomo	A	A
barcaiolo	n.a.	C
barista - dipendente	n.a.	B
barista - lavoratore autonomo	B	B
benestante	n.a.	A
benzinaio - dipendente	n.a.	B
benzinaio - titolare	B	B
bidello	n.a.	B
biologo - addetto laboratorio d'analisi - dipendente	n.a.	A

biologo - addetto laboratorio d'analisi - lavoratore autonomo	A	A
boscaiolo - dipendente	n.a.	D
boscaiolo - lavoratore autonomo	D	D
callista, manicure, pedicure, estetista - dipendente	n.a.	B
callista, manicure, pedicure, estetista - lavoratore autonomo	B	B
calzature - addetto alla vendita	n.a.	A
calzature - titolare vendita	A	A
calzolaio - dipendente	n.a.	B
calzolaio - lavoratore autonomo	B	B
cameriere	n.a.	B
cantoniere	n.a.	D
capostazione	n.a.	B
capotreno	n.a.	B
carburante e gas liquidi - addetto alla vendita	n.a.	B
carburante e gas liquidi - titolare vendita	B	B
cardatore - dipendente	n.a.	C
cardatore - lavoratore autonomo	C	C
carpentiere - dipendente	n.a.	D
carpentiere - lavoratore autonomo	D	D
carrozziere - dipendente	n.a.	C
carrozziere - lavoratore autonomo	C	C
cartoleria, giocattoli, giornali, libri - addetto alla vendita	n.a.	B
cartoleria, giocattoli, giornali, libri - titolare vendita	B	B
casalinga	n.a.	B
casalinghi, ferramenta, vernici - addetto alla vendita	n.a.	B
casalinghi, ferramenta, vernici - titolare alla vendita	B	B
casaro - dipendente	n.a.	B
casaro - lavoratore autonomo	B	B
ceramista - dipendente	n.a.	C
ceramista - lavoratore autonomo	C	C
certificatore di bilancio/revisore - libero professionista	A	A
cesellatore - dipendente	n.a.	B
cesellatore - lavoratore autonomo	B	B
clero (appartenente al)	n.a.	A
collaboratore familiare	n.a.	B
commercialista - libero professionista	A	A
commesso viaggiatore	n.a.	B
concessionario auto-motoveicoli - addetto alle vendite	n.a.	A
concessionario auto-motoveicoli - titolare vendite	A	A
conciaio - dipendente	n.a.	C
conciaio - lavoratore autonomo	C	C
console	n.a.	B
consulente amministrativo - libero professionista	n.a.	A
consulente del lavoro - libero professionista	A	A
corniciaio - dipendente	n.a.	B
corniciaio - lavoratore autonomo	B	B
cuoco - dipendente	n.a.	C
cuoco - lavoratore autonomo	C	C
demolitore di autoveicoli - dipendente	n.a.	D
demolitore di autoveicoli - lavoratore autonomo	D	D

diplomatico	n.a.	B
direttore didattico	n.a.	A
dirigente con accesso a officine-cantieri- magazzini	n.a.	C
dirigente occupato solo in ufficio	n.a.	A
disegnatore - dipendente	n.a.	A
disegnatore - lavoratore autonomo	A	A
disinfestatore - dipendente	n.a.	B
disinfestatore - titolare	B	B
domestico	n.a.	B
elettrauto - dipendente	n.a.	C
elettrauto - lavoratore autonomo	C	C
elettricista che lavora anche all'esterno - dipendente	n.a.	C
elettricista che lavora anche all'esterno - lavoratore autonomo	C	C
elettricista che lavora solo all'interno di ambienti chiusi - dipendente	n.a.	B
elettricista che lavora solo all'interno di ambienti chiusi - titolare	B	B
elettrodomestici con installazione - addetto alla vendita	n.a.	C
elettrodomestici con installazione - titolare vendita	C	C
elettrodomestici senza installazione - addetto alla vendita	n.a.	A
elettrodomestici senza installazione - titolare vendita	A	A
elettrotecnico - dipendente	n.a.	B
elettrotecnico - lavoratore autonomo	B	B
enologo - dipendente	n.a.	A
enologo - lavoratore autonomo	A	A
enotecnico - dipendente	n.a.	A
enotecnico - lavoratore autonomo	A	A
estetista - dipendente	n.a.	A
estetista - lavoratore autonomo	A	A
fabbro - dipendente	n.a.	D
fabbro - lavoratore autonomo	D	D
facchino (portabagagli di piccoli colli)	n.a.	C
facchino addetto al carico e scarico di merci	n.a.	D
falegname - dipendente	n.a.	D
falegname - lavoratore autonomo	D	D
farmacista - dipendente	n.a.	A
farmacista - lavoratore autonomo	A	A
fattorino	n.a.	C
fiori e piante - addetto alla vendita	n.a.	A
fiori e piante - titolare vendita	A	A
fisico - dipendente	n.a.	A
fisico - lavoratore autonomo	A	A
fisioterapista - dipendente	n.a.	B
fisioterapista - lavoratore autonomo	B	B
floricoltore - dipendente	n.a.	C
floricoltore - lavoratore autonomo	C	C
fonditore - dipendente	n.a.	D
fonditore - lavoratore autonomo	D	D
fotografo anche all'esterno - dipendente	n.a.	C
fotografo anche all'esterno - lavoratore autonomo	C	C

fotografo occupato solo in studio - dipendente	n.a.	A
fotografo occupato solo in studio - lavoratore autonomo	A	A
fuochista	n.a.	C
geologo - dipendente	n.a.	B
geologo - libero professionista	B	B
geometra con accesso a officine cantieri magazzini	n.a.	C
geometra con accesso a officine cantieri magazzini - libero professionista	C	C
geometra occupato solo in ufficio - dipendente	n.a.	A
geometra occupato solo in ufficio - libero professionista	A	A
gestore di albergo	n.a.	A
gestore di ristorante	n.a.	B
giardiniere/vivaista - dipendente	n.a.	C
giardiniere/vivaista - lavoratore autonomo	C	C
giornalaio - dipendente	n.a.	A
giornalaio - titolare vendita	A	A
giornalista	n.a.	B
giudice	n.a.	A
gommista/vulcanizzatore - dipendente	n.a.	C
gommista/vulcanizzatore - lavoratore autonomo	C	C
grafico - dipendente	n.a.	A
grafico - lavoratore autonomo	A	A
gruista - dipendente	n.a.	C
gruista - lavoratore autonomo	C	C
guardia giurata	n.a.	D
guardiacaccia, guardiapesca, guardia campestre	n.a.	D
guida turistica	n.a.	B
idraulico - dipendente	n.a.	C
idraulico - lavoratore autonomo	C	C
imbianchino anche all'esterno di edifici - dipendente	n.a.	D
imbianchino anche all'esterno di edifici - lavoratore autonomo	D	D
imbianchino solo all'interno di edifici - dipendente	n.a.	C
imbianchino solo all'interno di edifici - lavoratore autonomo	C	C
impiegato amministrativo occupato solo in ufficio	n.a.	A
impiegato con accesso a officine-cantieri-magazzini	n.a.	B
imprenditore edile che può prendere parte ai lavori	D	D
imprenditore in genere che non lavora manualmente	B	B
imprenditore in genere che può prendere parte ai lavori	D	D
impresa di pulizia con uso di impalcature - addetto	n.a.	D
impresa di pulizia con uso di impalcature - titolare	D	D
impresa di pulizia senza uso di impalcature - addetto	n.a.	C
impresa di pulizia senza uso di impalcature - titolare	C	C
incisore - dipendente	n.a.	B
incisore - lavoratore autonomo	B	B
indossatore	n.a.	B
infante (da 1 giorno a 12 mesi)	n.a.	B
infermiere	n.a.	B
informatica - operatore con mansioni anche esterne	n.a.	B
informatica - operatore senza mansioni esterne	n.a.	A

ingegnere con accesso a officine-cantieri-magazzini	n.a.	B
ingegnere con accesso a officine-cantieri- magazzini - libero professionista	B	B
ingegnere occupato solo in ufficio - dipendente	n.a.	A
ingegnere occupato solo in ufficio -libero professionista	A	A
insegnante di equitazione - hockey	n.a.	D
insegnante di ginnastica	n.a.	C
insegnante di materie non sperimentali (matematica, lettere etc)	n.a.	A
insegnante di materie sperimentali anche all'esterno	n.a.	B
insegnante di sport in genere esclusa equitazione e hockey	n.a.	C
insegnante elementare	n.a.	A
istruttore di pratica (guida) di scuola guida	n.a.	C
istruttore di teoria di scuola guida	n.a.	A
lattoniere anche su impalcature e ponteggi	n.a.	D
lattoniere anche su impalcature e ponteggi - lavoratore autonomo	D	D
lavanderia, pulisecco, tintorie - addetto	n.a.	B
lavanderia, pulisecco, tintorie - titolare	B	B
lavanderie e tintorie - addetto	n.a.	B
lavanderie e tintorie - titolare	B	B
levigatore di pavimenti - dipendente	n.a.	C
levigatore di pavimenti - lavoratore autonomo	C	C
litografo - addetto	n.a.	B
litografo - lavoratore autonomo	B	B
macellerie, pescherie - addetto alla vendita anche con lavorazioni	n.a.	C
macellerie, pescherie - titolare vendita anche con lavorazioni	C	C
maestro d'asilo	n.a.	A
magazziniere	n.a.	C
magistrato	n.a.	A
magliaio - addetto	n.a.	B
magliaio - lavoratore autonomo	B	B
maniscalco	n.a.	C
marmista (posatore) solo a terra - dipendente	n.a.	C
marmista (posatore) solo a terra - lavoratore autonomo	C	C
marmista anche su impalcature e ponteggi	n.a.	D
marmista anche su impalcature e ponteggi - lavoratore autonomo	D	D
massaggiatore - dipendente	n.a.	B
massaggiatore - lavoratore autonomo	B	B
materassaio - dipendente	n.a.	B
materassaio - lavoratore autonomo	B	B
materiali da costruzione - addetto alla vendita	n.a.	C
materiali da costruzione - titolare vendita	C	C
meccanico - dipendente	n.a.	C
meccanico - lavoratore autonomo	C	C
medico - dipendente	n.a.	B
medico - libero professionista	B	B
merceria, pelletteria - addetto alla vendita	n.a.	A
merceria, pelletteria - titolare vendita	A	A

mobili ed arredamenti con installazione - addetto alla vendita	n.a.	C
mobili ed arredamenti con installazione - titolare vendita	C	C
mobili senza installazione - addetto alla vendita	n.a.	A
mobili senza installazione - titolare vendita	A	A
modello	n.a.	B
muratore	n.a.	D
necroforo	n.a.	B
notaio	n.a.	A
odontotecnico - dipendente	n.a.	B
odontotecnico - lavoratore autonomo	B	B
operaio con uso di macchine	n.a.	C
operatore ecologico	n.a.	B
orefice - dipendente	n.a.	B
orefice - lavoratore autonomo	B	B
oreficeria, orologeria, gioielleria - addetto alla vendita	n.a.	A
oreficeria, orologeria, gioielleria - titolare alla vendita	A	A
orologiaio - dipendente	n.a.	B
orologiaio - lavoratore autonomo	B	B
ostetrico	n.a.	B
ottico - dipendente	n.a.	A
ottico - libero professionista	A	A
panetterie, pasticcerie, gelaterie - addetto vendita anche con lavorazioni	n.a.	C
panetterie, pasticcerie, gelaterie - titolare vendita anche con lavorazioni	C	C
paramedico	n.a.	B
parquettista - dipendente	n.a.	C
parquettista - lavoratore autonomo	C	C
parrucchiere - dipendente	n.a.	A
parrucchiere - lavoratore autonomo	A	A
pavimentatore / piastrellista - dipendente	n.a.	C
pavimentatore / piastrellista - lavoratore autonomo	C	C
pedicure - dipendente	n.a.	B
pedicure - lavoratore autonomo	B	B
pellettiere - dipendente	n.a.	C
pellettiere - lavoratore autonomo	C	C
pellicciaio - dipendente	n.a.	C
pellicciaio - lavoratore autonomo	C	C
pensionato	n.a.	B
perito con lavoro anche esterno - dipendente	n.a.	B
perito con lavoro anche esterno - lavoratore autonomo	B	B
perito occupato solo in ufficio - dipendente	n.a.	A
perito occupato solo in ufficio - lavoratore autonomo	A	A
pescatore	n.a.	C
pittore senza uso di scale e impalcature - dipendente	n.a.	B
pittore senza uso di scale e impalcature - titolare	B	B
portalettere	n.a.	B
portavalori	n.a.	B
portiere-custode	n.a.	B
procuratore legale - dipendente	n.a.	B

procuratore legale - libero professionista	B	B
promotore finanziario	n.a.	B
promotore finanziario assicurativo	n.a.	B
psicologo - dipendente	n.a.	A
psicologo - lavoratore autonomo	A	A
pubblicista - dipendente	n.a.	B
pubblicista - lavoratore autonomo	B	B
quadro occupato solo in ufficio	n.a.	A
radiotecnico - dipendente	n.a.	B
radiotecnico - lavoratore autonomo	B	B
ragioniere - dipendente	n.a.	A
ragioniere - libero professionista	A	A
rappresentante di commercio	n.a.	C
regista	n.a.	C
religioso	n.a.	A
restauratore senza accesso ad impalcature	n.a.	C
restauratore senza accesso ad impalcature - lavoratore autonomo	n.a.	C
ricamatore - dipendente	n.a.	C
ricamatore - lavoratore autonomo	n.a.	C
rilegatore - dipendente	n.a.	B
rilegatore - lavoratore autonomo	B	B
riparatore radio tv - esclusa riparazione antenne - dipendente	n.a.	B
riparatore radio tv - esclusa riparazione antenne - lavoratore autonomo	B	B
riparatore di cicli e motocicli - dipendente	n.a.	B
riparatore di cicli e motocicli - lavoratore autonomo	B	B
riparatore di elettrodomestici e computer	n.a.	B
riparatore di elettrodomestici e computer - lavoratore autonomo	B	B
sacerdote	n.a.	A
sagrestano	n.a.	A
saldatore autogeno	n.a.	C
salumerie, rosticcerie - addetto alla vendita anche con lavorazioni	n.a.	C
salumerie, rosticcerie - titolare vendita anche con lavorazioni	C	C
sarto - dipendente	n.a.	B
sarto - lavoratore autonomo	B	B
scultore / intagliatore - dipendente	n.a.	D
scultore / intagliatore - lavoratore autonomo	D	D
sociologo - dipendente	n.a.	A
sociologo - lavoratore autonomo	A	A
spedizioniere - dipendente	n.a.	C
spedizioniere - lavoratore autonomo	C	C
stilista di moda - dipendente	n.a.	A
stilista di moda - lavoratore autonomo	A	A
studente	n.a.	B
tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori - addetto alla vendita	n.a.	A
tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori - titolare vendita	A	A

tapparellista - dipendente	n.a.	B
tapparellista - lavoratore autonomo	B	B
tappezziere - dipendente	n.a.	C
tappezziere - lavoratore autonomo	C	C
tassista e autonoleggio	n.a.	C
tipografo - dipendente	n.a.	B
tipografo - lavoratore autonomo	B	B
tirocinante amministrativo occupato solo in ufficio	n.a.	A
tornitore	n.a.	D
traduttore / interprete - dipendente	n.a.	A
traduttore / interprete - lavoratore autonomo	A	A
verniciatore - dipendente	n.a.	C
verniciatore - lavoratore autonomo	C	C
veterinario - dipendente	n.a.	C
veterinario - lavoratore autonomo	C	C
vetraio - dipendente	n.a.	C
vetraio - lavoratore autonomo	C	C
vetrinista	n.a.	B
restauratore con accesso ad impalcature	n.a.	D
restauratore con accesso ad impalcature - lavoratore autonomo	D	D

APPENDICE NORMATIVA

In questa sezione vengono richiamate le norme principali citate nel contratto, affinché il Contraente possa comprendere meglio i riferimenti di legge.

CODICE CIVILE

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli art. 1892 e 1893.

Art. 1897 - Diminuzione del rischio:

Se il Contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'Impresa, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 - Aggravamento del rischio:

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio:

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1913 - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro:

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio:

L'Assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'Impresa ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'Assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE

Art. 166 - Criteri di redazione

Il contratto e ogni altro documento consegnato dall'impresa al Contraente va redatto in modo chiaro ed esauriente.

Le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono riportate mediante caratteri di particolare evidenza.

Notes



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:

Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)

T + 39 039.9890001

F + 39 039 9890694

info@nobis.it

www.nobis.it

Il presente Set Informativo
è aggiornato alla data del 01 gennaio 2026